



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
2012 - 2013

Διπλωματική Εργασία
του **ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ ΝΙΚΑ**

Η Διασύνδεση Ψυχολογικών Παραγόντων με τη Στυτική Δυσλειτουργία και ο
Ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Σεπτέμβριος 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2012 - 2013





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η Διασύνδεση Ψυχολογικών Παραγόντων με τη Στυτική Δυσλειτουργία και ο
Ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής
ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ ΝΙΚΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια
Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι. Λάρισας

ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ
Ψυχολόγος, Msc Αντιμετώπισης του Πόνου
Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία»

ΛΑΡΙΣΑ 2013

Copyright © ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ ΝΙΚΑΣ, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	7
Summary in English	9
Εισαγωγή	11
Φυσιολογία της στύσης	13
Παθοφυσιολογία της στύσης	18
Νευροφυσιολογία της στύσης	20
Ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία	21
Οργανική στυτική δυσλειτουργία	23
Αίτια στυτικής δυσλειτουργίας	24
Θεραπεία στυτικής δυσλειτουργίας	28
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	34
1.1. Ερευνητικές υποθέσεις	34
Υλικό και Μέθοδος	35
2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	37
2.2. Στατιστική επεξεργασία	41
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	43
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	43
4. Περιγραφή των ερωτώμενων	43
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	47
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	47
5.2 Αποτελέσματα Ψυχομετρικών Εργαλείων	51
5.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία	53
6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις	55

6.1. Συσχετίσεις της έναρξης σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές _____	55
6.2. Συσχετίσεις της ηλικίας έναρξης του αυνανισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές _____	56
6.3. Συσχετίσεις του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές _____	56
7. Συζήτηση _____	59
7.1. Οριοθετήσεις _____	59
7.2. Το προφίλ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία _____	60
7.3. Τα Επίπεδα Ψυχοπαθολογίας των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία _____	60
7.4. Τα Επίπεδα Εχθρότητας των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία _____	61
7.5. Τα Επίπεδα Εξωτερικής Ντροπής των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία _____	62
7.6. Τα Επίπεδα Εσωτερικής Ντροπής των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία _____	63
7.7. Τα επίπεδα των οικογενειακών σχέσεων και του οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία _____	64
7.8. Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία ως προς την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής _____	66
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις _____	67
Βιβλιογραφία _____	69

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανδρών με στυτική δυσλειτουργία και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη στυτική δυσλειτουργία έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία, εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, επιθετικότητα, αισιοδοξία και οικογενειακό περιβάλλον) σε άνδρες με στυτική δυσλειτουργία καθώς και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2013. Συνολικά συμπληρώθηκαν 32 ερωτηματολόγια από άτομα με στυτική δυσλειτουργία.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES), β) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), και δ) το Τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R) ε) η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS), στ) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων σεξουαλικής στάσης και εμπειρίας.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: α) Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα από τον υγιή ανδρικό πληθυσμό, ιδιαίτερα στις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης, του άγχους, του ψυχωτισμού και των επιπέδων του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90, β) Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και πιο συγκεκριμένα, υψηλά επίπεδα *επίκρισης των άλλων (criticism of others)*, *παρορμητικής εχθρότητας (acting-out hostility)*, *ενοχής (Guilt)*,

εξωστρεφούς εχθρότητας (Extrapunitiveness), γ) Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής (OAS total) και δ) Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα τάσης για ντροπή, δηλαδή εσωτερική ντροπή (ESS total).

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το άγχος και την κατάθλιψη των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία, καθώς και τις ανάγκες που τους δημιουργούνται από τη στυτική δυσλειτουργία. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής συμβουλών για τη στυτική δυσλειτουργία. Πρώτα απ' όλα, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία και αξία των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας για τα προβλήματα της στυτικής δυσλειτουργίας.

The relative absence of research data from Greece which concerns the relationship among personality traits of men with erectile dysfunction and their relationship with both sociodemographic variables and with psychological-family parameters and the lack of quantitative research data internationally, regarding the evaluation of these variables in erectile dysfunction gave us the rise to the design of this study.

Therefore, the aim of this research study was to determine the aspects of personality of individuals with erectile dysfunction. More specifically, the purpose of this study was to investigate certain psychological parameters (altruism, psychopathology, external shame, internal shame, aggression, optimism and family environment) in men with erectile dysfunction and their interface with the Primary Health Care.

This research was conducted as part of the postgraduate program "Primary Health Care", Medical School, University of Thessaly, from March 2012 to September 2013. A total of 32 questionnaires were completed by individuals with erectile dysfunction.

The instruments adopted were: a) the Family Environment Scale (Family Environment Scale, Form R-FES), b) The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), c) The Symptom Checklist 90-R (SCL-90), and d) the life orientation test (LOT-R) e) Other As Shamer Scale-OAS), f) Experience of Shame Scale-ESS) and another questionnaire socio - demographic data and questions of sexual attitudes and experience.

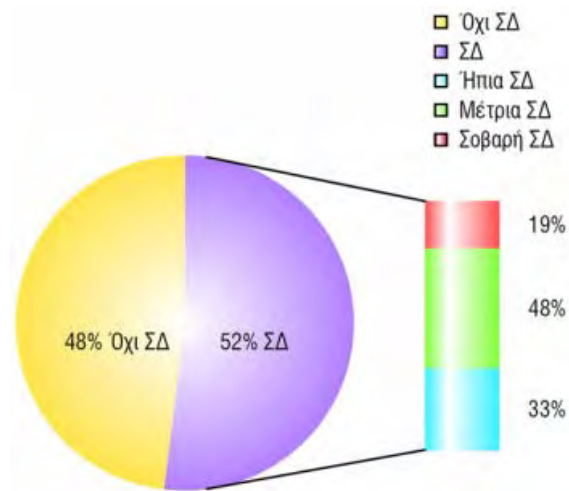
Univariate and multivariate analysis were applied for the statistical analysis of the data, which showed us that: a) individuals with erectile dysfunction have low levels of psychopathology and lower than the healthy male population, especially on subscales of interpersonal sensitivity, depression, anxiety of psychoticism and levels of total positive symptoms scale SCL-90, b) individuals with erectile dysfunction have high levels of hostility and more particularly, high levels of other criticisms (criticism of others), compulsive hostility (acting-out hostility), guilt (Guilt, 8) outward hostility (Extrapunitiveness), c) individuals with erectile dysfunction have high levels of external shame (OAS total) and finally d) individuals with erectile dysfunction appear to have low levels of shame, meaning internal shame (ESS total).

Finally the results of this study, despite its reasonable limitations, lead us to redefine certain views on anxiety and depression of individuals with erectile dysfunction, as well as the needs that are associated from erectile dysfunction. Despite these limitations, we believe that there are important aspects in this study for researchers and professionals working in the field of counselling for erectile dysfunction. First of all, our findings underline the importance and the value of specialized health professionals about the problems of erectile dysfunction.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στυτική δυσλειτουργία είναι η μόνιμη ή περιοδική αδυναμία του άνδρα να καταφέρει να διατηρήσει μια στύση επαρκή για ικανοποιητική σεξουαλική επαφή, για διάστημα διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών. Η προϋπόθεση αυτή δεν περιέχει καταστάσεις στις οποίες ο άνδρας προσωρινά δεν έχει σεξουαλική επιθυμία ή δεν είναι δυνατόν να ανταποκριθεί σεξουαλικά λόγω κάποιου τυχαίου περιστατικού πχ κούραση, κατανάλωση αλκοόλ κτλ. Κατά συνέπεια για να θεωρηθεί κάποιος ότι έχει στυτική δυσλειτουργία, θα πρέπει να έχει αποπειραθεί και να έχει αποτύχει. Ευκαιριακές αποτυχίες ή μια μόνο αποτυχία κατά τη τελευταία απόπειρα για σεξουαλική επαφή δεν σημαίνει σίγουρα στυτική δυσλειτουργία. Σπουδαίες μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό επεξηγούν ότι το 50% των ανδρών ηλικίας 40 έως 70 χρόνων, μόνιμα ή παροδικά εξωτερικεύουν στυτική δυσλειτουργία ποικίλης βαρύτητας. Ενώ ένας μεγάλος βαθμός αυτοεκτίμησης του άντρα επενδύεται στην ικανότητα του για στύση, είναι γεγονός ότι αυτή η διαταραχή είναι δυνητικά από τις πιο ταπεινωτικές για τον άντρα. Πολλές φορές ο άνδρας χάνει τη στύση τους με κάποιον συγκεκριμένο σύντροφο κι όχι με άλλον, αλλά τη χάνουν κατά την είσοδο στον κόλπο, ενώ άλλα τη χάνουν πριν μπουκ στον κόλπο κι άλλα με τις πρώτες κινήσεις του πέους μέσα στον κόλπο, ενώ τέλος άλλα δεν πετυχαίνουν καν ικανοποιητική στύση για να μπουκ στον κόλπο. Το 1974 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αποδέχονταν τη σπουδαιότητα της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας και γνωστοποίησε ότι «Υπάρχουν θεμελιώδη δικαιώματα για το άτομο, που συμπεριλαμβάνουν το δικαίωμα της σεξουαλικής υγείας και την ικανότητα να απολαμβάνει και να ελέγχει την σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά σε συμφωνία με την κοινωνική και προσωπική ηθική», ενώ το 2001, αρκετά χρόνια αργότερα, το Διεθνές Συμβούλιο για την Ανδρική Σεξουαλική Υγεία επισημαίνει ότι «Άτομα με διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας έχουν το δικαίωμα στην κατάλληλη ιατρική διάγνωση και θεραπεία». Αναγνωρίζεται λοιπόν η στυτική δυσλειτουργία ως ιατρική πάθηση και η θεραπεία της ως αναγκαιότητα. Η διαταραχή της στυτικής λειτουργίας είναι συχνή και συνθέτει ένα μείζον ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Επιδημιολογικές έρευνες συμπεραίνουν ότι η συχνότητα της παγκοσμίως θα αυξηθεί από 152 εκατομμύρια άνδρες το 1995 σε 322 το 2025. Αντίστοιχα στοιχεία για την Ελλάδα δεν υπάρχουν. Μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία γνωστοποιούν ότι το 5% των ανδρών με ηλικία μικρότερη από τα 40 έτη, το 10% των ανδρών με ηλικία 40-60 έτη, το 20% των ανδρών ηλικίας 60-70 ετών και το 50% των ανδρών άνω των 70 ετών νοσούν από κάποιου βαθμού στυτική διαταραχή. Μόνο 10% των ανδρών που παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία αποζητούν ιατρική βοήθεια. Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων

παρμένει αδιάγνωστο και δε λαμβάνει τη δέουσα ιατρική θεραπεία (NIH Consensus Conference Impotence) (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Μελέτη MMAS (Massachusetts Male Aging Study)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Η στύση του πέους είναι μια διαδικασία κατά την οποία πραγματοποιείται πλήρωση των φλεβικών σπυραγγών με ταυτόχρονη διάταση των αρτηριδίων και συστολή των φλεβών υπό τον έλεγχο του παρασυμπαθητικού συστήματος (Robert M. Berne et al). Πιο αναλυτικά επιτυγχάνεται με οπτικά ή απτικά ερεθίσματα που διαβιβάζονται στο συμπαθητικό ή παρασυμπαθητικό νωτιαίο κέντρο και διεγείρουν το αυτόνομο κέντρο της στύσης του υποθαλάμου. Διαμέσου των νευρικών ιών που αναχωρούν από αυτά και καταλήγουν στις λείες μυϊκές ίνες των σπυραγγών αρτηριών, τα ερεθίσματα προκαλούν την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών με κύριο μεσολαβητή το NO. Η έκβαση του μηχανισμού είναι η χαλάρωση των λείων μυϊκών κυττάρων των αρτηριών του πέους, η εισροή περισσότερου αίματος στα κολποειδή των σπυραγγών σωμάτων και τελικά η επίτευξη στύσης καθώς το πέος διογκώνεται και ανορθώνεται. Επίλογος πολλών αγγειακών και νευρολογικών μηχανισμών που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με σκοπό την υπό πίεση συγκέντρωση του αίματος στα σπυραγγώδη σώματα για την απόκτηση σκληρότητας ικανής για διείσδυση στον κόλπο. Ανάμεσα των σπυραγγών σωμάτων υφίσταται αγγειακή επικοινωνία παρά την ύπαρξη του κτενιοειδούς διαφράγματος, περιστατικό που λειτουργικά τα καθιστά ενιαίο υδραυλικό σύστημα. Ο στυτικός ιστός περιέχει πολλαπλούς αιματικούς κόλπους που επικοινωνούν μεταξύ τους. Το τοίχωμα των αιματικών κόλπων απαρτίζεται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστίνη και κολλαγόνο. Ο τόνος των λείων μυϊκών ινών, που συναποτελούν περισσότερο από το 45% του στυτικού ιστού, προσδιορίζει από φυσιολογική άποψη τη χάλαση (χαλάρωση ή ηρεμία) και τη στύση του πέους. Σε ηρεμία (χάλαση του πέους), οι λείες μυϊκές ίνες εντοπίζονται σε σύσπαση με αποτέλεσμα την ελάχιστη μόνον αρτηριακή παροχή στα σπυραγγώδη σώματα, και τούτο για τροφικούς και μόνο λόγους (διατήρηση του κυτταρικού μεταβολισμού), ενώ η φλεβική απαγωγή είναι ελεύθερη. Αντίθετα, κατά την στύση παρατηρείται χάλαση των λείων μυϊκών ινών, αύξηση της αρτηριακής παροχής στα σπυραγγώδη σώματα με παράλληλη μείωση της φλεβικής απαγωγής. Η χάλαση και η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Andersson et al).

Κατά την διάρκεια της στύσης, η χάλαση των λείων μυϊκών ινών των αιματικών κόλπων και των ελικοειδών αρτηριών έχει ως κατάληξη την αύξηση της ροής του αίματος στα σπυραγγώδη σώματα, τη διάταση των αιματικών κόλπων και την αύξηση της ενδοσπυραγγώδους πίεσης. Έλλειψη του αρτηριακού μηχανισμού να παρέχει ικανή ροή αίματος οδηγεί σε ατελή στύση. Η παροχή άφθονου αρτηριακού αίματος με υψηλή συγκέντρωση οξυγόνου είναι απαραίτητη για την υποστήριξη του αυξημένου κυτταρικού μεταβολισμού που παρατηρείται κατά την στύση. Επιπλέον, η παρουσία οξυγόνου είναι

απαραίτητη για τη σύνθεση, από το ενδοθήλιο των σπυραγγωδών σωμάτων, αγγειοδιασταλτικών ουσιών και, κυρίως, του μονοξειδίου του αζώτου (Nitric Oxide, NO), με αποτέλεσμα περαιτέρω χάλαση των λείων μυϊκών ινών και αύξηση της ροής. Έχει βρεθεί, ότι η ενδοσπυραγγώδης πίεση αρχίζει να αυξάνει μόνο όταν η μερική πίεση οξυγόνου (PO₂) στα σπυραγγώδη σώματα ανεβεί σε επίπεδα περίπου 80 mmHg (Burnett, 1995). Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός, ότι η παρουσία οξυγόνου είναι απαραίτητη για την παραγωγή του βασικού νευροδιαβιβαστή της στύσης, δηλαδή του NO. Η ροή του αρτηριακού αίματος διατείνει τα τοιχώματα των σπυραγγωδών κόλπων, που με τη σειρά τους συμπιέζουν τα φλεβίδια που βρίσκονται ανάμεσα στον ινώδη χιτώνα του πέους και τους σπυραγγώδεις κόλπους (Εικόνα 2). Έτσι, μειώνεται η διαφυγή του αίματος.

Ο μηχανισμός αυτός ονομάζεται μηχανισμός φλεβικής απόφραξης και επιτρέπει τη διατήρηση υψηλής ενδοσπυραγγώδους πίεσης (60-100mmHg), απαιτώντας μια μικρή μόνο ροή αίματος για την διατήρηση της (1-5ml/min). Αντίθετα, η πίεση που αναπτύσσεται κατά τη στύση στη βάλανο δεν ξεπερνά τα 50 mmHg (Lue, 1998). Το γεγονός αυτό οφείλεται στην απουσία του ινώδους χιτώνα στη βάλανο και στην παρουσία λεπτότερου ινώδους χιτώνα στο σπογγιώδες σώμα. Έτσι, εξηγείται η σκληρότητα του σπυραγγώδους σώματος και η διογκωμένη, αλλά σχετικά χαλαρή βάλανος κατά τη στύση (Lue, 1998).

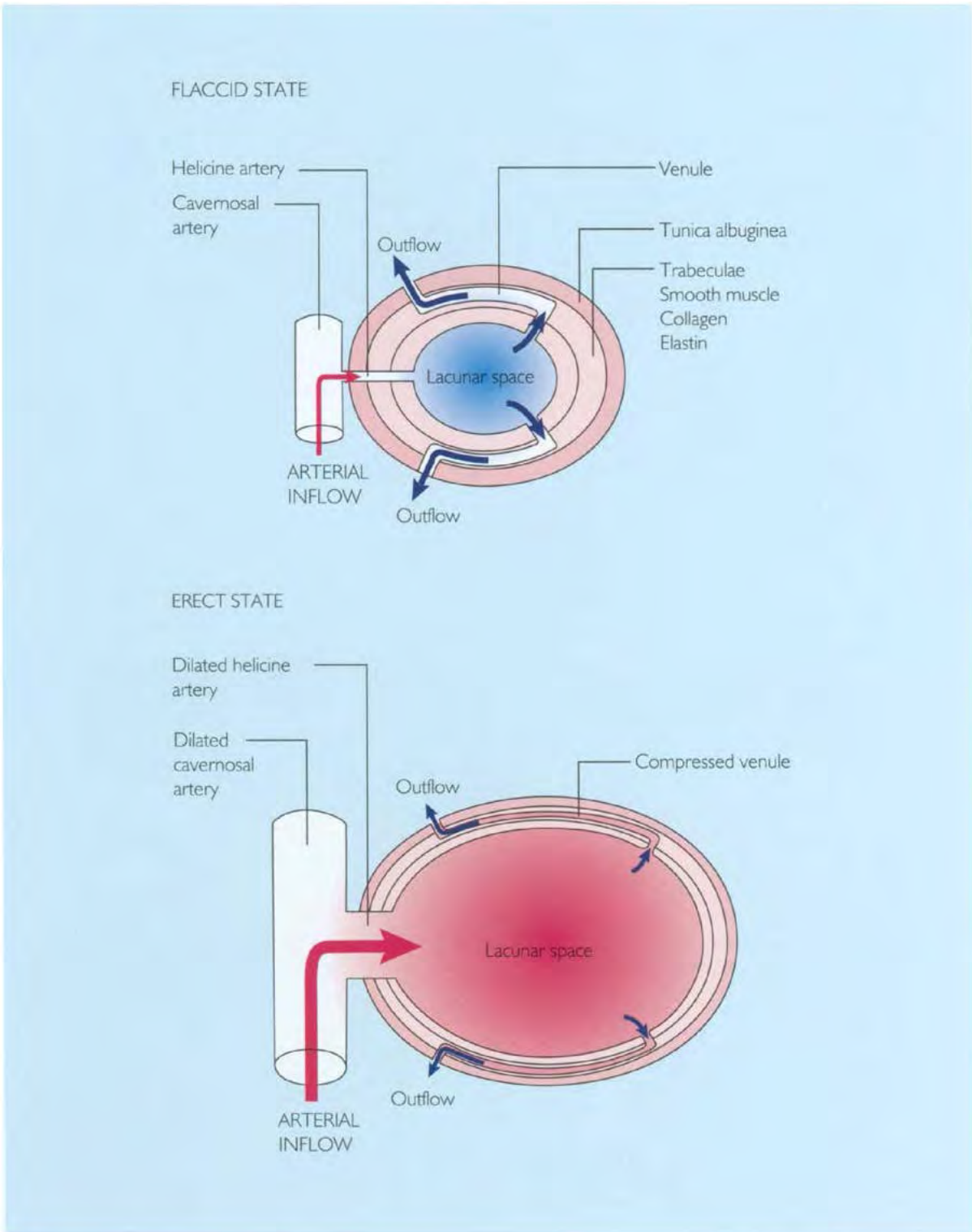
Συμπερασματικά για να έχουμε μια ικανοποιητική στύση επιγραμματικά απαιτούνται:

- Ψυχογενής διέγερση
- Σεξουαλική διέγερση
- Δραστηριότητα παρασυμπαθητικού
- Απελευθέρωση NO
- Αύξηση ενδοκυττάρου GMP
- Χάλαση λείων μυϊκών ινών
- Αγγειοδιαστολή αγγείων πέους
- Αύξηση εισροής αίματος
- Φλεβική απόφραξη
- Υπεραιμία πέους
- Στύση

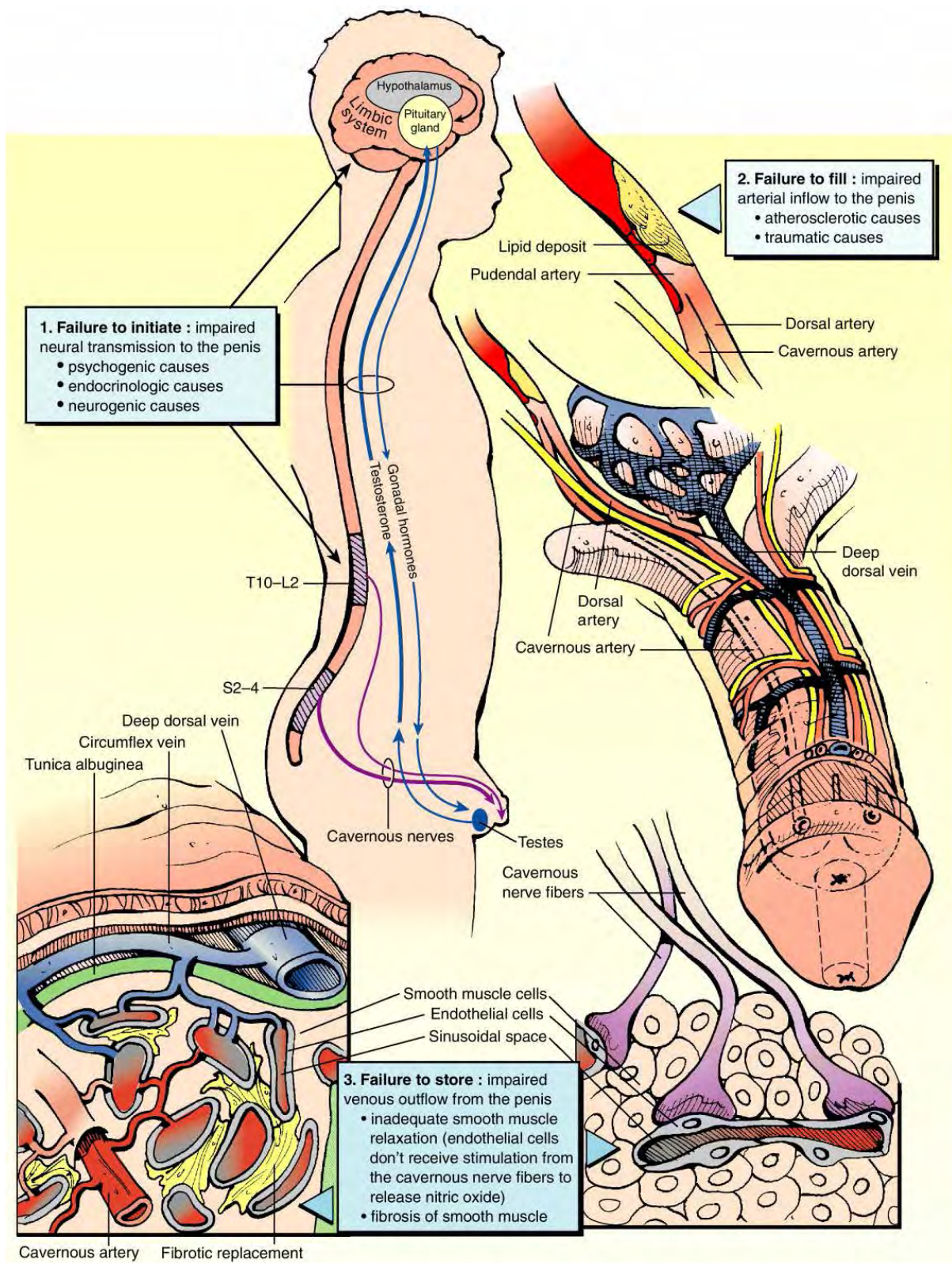
ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

- Φάση Χαλασης (ηρεμίας): στη φάση αυτή το πέος βρίσκεται κατά κύριο λόγο κάτω από αδρενεργικό έλεγχο

- Φάση Πλήρωσης: η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την χαλαση των λείων μυϊκών ινών τόσο των σηραγγωδών σωμάτων όσο και των αγγείων τους.
- Φάση Διόγκωσης: η χαλαση των λείων μυϊκών ινών των σηραγγωδών σωμάτων αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της φάσης.
- Φάση πλήρους στύσης: στην διάρκεια της φάσης αυτής το πέος φτάνει στη μέγιστη χωρητικότητα του σαν αποτέλεσμα της πλήρους ενεργοποίησης του μηχανισμού φλεβικής απόφραξης.
- Φάση Άκαμπτης στύσης: στη φάση αυτή που είναι πολύ σύντομη η ενδοσηραγγωδης πίεση αυξάνει σε επίπεδα μεγαλύτερα από την συστολική πίεση με αποτέλεσμα την μέγιστη σκληρότητα του πέους, την άκαμπτη στύσης.
- Φάση αποδιογκωσης: μετά την εκσπερμάτωση ή την παύση του ερωτικού ερεθισμού επανέρχεται ο αδρενεργικός έλεγχος προκαλώντας σύσπαση των λείων μυϊκών ινών γύρω από τους αιματικούς κόλπους και τα αρτηριολια.



Εικόνα 2. Αγγειακός μηχανισμός σύσης και χάλασης του πέους.



Εικόνα 3. Ο μηχανισμός της στύσης του πέους.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Η στυτική δυσλειτουργία που έχει οριστεί ως η αδυναμία να επιτευχθεί ή ακόμη και να διατηρηθεί μια στύσης επαρκής για ικανοποιητική σεξουαλική απόδοση (NIH Consensus Conference) έχει υπολογιστεί ότι επηρεάζει περίπου 30 εκατομμύρια άνδρες στις ΗΠΑ σύμφωνα με δεδομένα τις προηγούμενης δεκαετίας (Feldman et al,1994). Το 1995 υπολογίστηκε ότι 152 εκατομμύρια άνδρες παγκοσμίως έπασχαν από κάποιο βαθμό στυτικής δυσλειτουργίας, ενώ επιδημιολογικές μελέτες προβλέπουν ότι το 2025 άνδρες με στυτική δυσλειτουργία θα είναι περίπου 322 εκατομμύρια (Ayta, 1995).

Η στυτική δυσλειτουργία είναι μια αγγειακή διαδικασία, τόσο από μάρκο όσο και από μικρο ανατομική ανάλυση. Η διόγκωση και η σκληρότητα του πέους σε στύσης είναι το αποτέλεσμα μιας αυξημένης αρτηριακής αιματικής ροής σε σχέση με την φλεβική αποχέτευση προς και από τις κολποειδείς δομές των σηραγγωδών σωμάτων. Η ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα του αγγειακού μηχανισμού της στύσης είναι ένας μηχανισμός που περιλαμβάνει κατά σειρά την εσω λαγόνια αρτηριακή, την εσω αιδοϊκή αρτηρία, πεική αρτηριακή, βολβοουρηθραία αρτηριακή, εν τω βαθει σηραγγώδη αρτηρία του πέους, ελικοειδή αρτηρίες μέσα στα σηραγγώδη σώματα, πλάγιους περιμετρικούς κλάδους της ραχιαίας αρτηρίας του πέους, τα κολποειδή των σηραγγωδών σωμάτων, εν τω βαθει παχιαίες, επιπολής και κυκλοτερείς φλεβες, σηραγγώδεις και φλέβες των σηραγγωδών σωμάτων, περιπροστατικό φλεβικό πλέγμα και τελικά εσω αιδοϊκή φλέβα, είναι πρωτογενούς σπουδαιότητας στην διαδικασία της στύσης (Ayta, 1995).

Η συμπαθητική και παρασυμπαθητική νεύρωση φτάνει στα σηραγγώδη σώματα μέσω των σηραγγωδών νευρών, κλάδων του πυελικού πλέγματος. Η παρασυμπαθητική νεύρωση προέρχεται από τα I2-I4 νευροτομία, ενώ η συμπαθητική νεύρωση προέρχεται από την θωρακοσφυϊκή περιοχή Θ10-O2 του νωτιαίου μυελού. Η σωματική νεύρωση, που μεταφέρει ιδιοδεκτικές και αισθητικές πληροφορίες από τη βάλανο, το δέρμα και τις περιτονίες και χιτώνες του πέους στο κεντρικό νευρικό σύστημα μεταφέρεται με τα αιδοϊκα νεύρα, που έχουν μια διαφορετική ανατομική πορεία από την αυτόνομη νεύρωση (Ayta, 1995).

Αγγειακοί, νευρολογικοί, ορμονικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με αποτέλεσμα τη φυσιολογική στυτική λειτουργία. Ένας βασικός συμπαθητικός τόνος που προέρχεται από την διαμεσοπλαγία φαιά ουσία της θωρακοσφυϊκής περιοχής του νωτιαίου μυελού διατηρεί το πέος σε κατάσταση χαλασης όταν δεν υπάρχει σεξουαλικό ερέθισμα. Τα αρτηριδια του πέους, ο λείος μυϊκός ιστός και το ενδοθήλιο των κολποειδών

των σηραγγωδών σωμάτων λαμβάνουν μια ωραδρενεργική διέγερση από τις πεικές νευρικές απολήξεις, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αγγειοσυστολή και σημαντική αντίσταση στην αρτηριακή αιματική ροή. Ο σεξουαλικός ερεθισμός επάγει μια παρασυμπαθητική δραστηριότητα η οποία αναστρέφει την αγγειοκινητική ισορροπία προς όφελος της αγγειοδιαστολής. Οι αυξημένες ενδοκυτταρικές συγκεντρώσεις cGMP είναι υπεύθυνες για την χαλαση των λείων μυϊκών ινών των κολποειδών και μικρών αρτηριών. Ο μοριακός αυτός μηχανισμός δομείται πάνω σε μια μείωση των ενδοκυτταρίων συγκεντρώσεων ασβεστίου, μέσω διαύλων καλίου. Τα αυξημένα επίπεδα ενδοκυτταρικού cGMP είναι αποτέλεσμα της απελευθέρωσης NO τόσο από ενδοθηλιακά κύτταρα όσο και από μη αδρενεργικούς, με χολινεργικούς νευρώνες που καταλήγουν στις προσυναπτικές περιοχές στον αγγειακού λείου μυϊκού ιστός. Η χαλαση του πέους είναι το αποτέλεσμα της επαναφοράς του συμπαθητικού τόνου με την απόσυρση του σεξουαλικού ερεθίσματος και την καταστροφή του cGMP από τη φωσφοδιεστεραση. Σε αντίθεση με την αγγειοδιαστολή που γίνεται με τη μεσολάβηση κυρίως του NO, η αγγειοσυσπασση, η οποία διατηρεί το πέος σε χαλαση, μεσολαβεί κυρίως από ευαισθητοποίηση μέσω Ca^{++} που κινείται μέσω της οδού Rho/Rho κινάσης. Η Rho κινάση ενεργοποιείται από την RhoA μια μικρή πρωτεΐνη που δεσμεύει cGMP. Η ενεργοποιημένη Rho κινάση φωσφορυλιώνει τη ρυθμιστική φωσφατάση της μυοσίνης στην υπομονάδα – στόχο 1 (MYPT1) της ελαφριάς αλυσίδας της μυοσίνης στην θρεονίνη 696 και αναστέλλει τη λειτουργία της, προωθώντας τη σύσπασση του λείου μείος. Κατά τη διάρκεια της στύσης αυτός ο δρόμος αναστέλλεται πιθανότατα από το NO. Σημαντικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η δράση του συστήματος NO/ cGMP/cGK αναστέλλει την δραστηριότητα της RhoA με φωσφορυλίωση της RhoA στη σερίνη 188. Επίσης η Rho/Rho κινάση καταστέλλει την έκφραση του γονιδίου της eNOS με την ενζυμική της δραστηριότητα στο πέος. Σε ενδοθηλιακά κύτταρα του ανθρώπου, η οδός Rho/Rho κινάσης αναστέλλει την εξαρτώμενη από την πρωτεϊνική κινάση B ενεργοποίησης – φωσφορυλίωση της eNOS. Η ισορροπία ανάμεσα σε αυτές τις κύριες σηματοδοτικές οδούς στο πέος ελέγχει το βαθμό σύσπασσης του λείου μύος των σηραγγωδών σωμάτων (Musicki et al, 2005).

Τα επίπεδα της cGMP που είναι διαθέσιμα για μετάδοση του σήματος NO ρυθμίζονται από τη διαθεσιμότητα του NO και τη δραστηριότητα της γουανυλικής κυκλάσης, της cGMP και ειδικών φωσφοδιεστερασών PDEs. Η αποδόμηση της cGMP στο πέος στην ανενεργή 5GMP η οποία τερματίζει τη σηματοδότηση του NO και επιστρέφει το πέος σε κατάσταση χαλασης καταλύεται από την PDE5 (Ayta, 1995).

ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Το βασικό φυσιολογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τη διαδικασία της στύσης είναι η χάλαση των λείων μυϊκών ινών των ελικοειδών αρτηριών και των αιματικών κόλπων των σηραγγωδών σωμάτων. Αντίθετα όταν οι λείες αυτές μυϊκές ίνες βρίσκονται σε σύσπαση, τότε το πέος βρίσκεται σε χάλαση (ηρεμία). Η λειτουργική κατάσταση των λείων μυϊκών ινών βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερικό επίπεδο. Η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών ελέγχεται από την ενεργοποίηση της συμπαθητικής νευρικής οδού μέσω της ενεργοποίησης μετασυναπτικών αδρενεργικών υποδοχέων και ρυθμίζεται από προσυναπτικούς α2 αδρενεργικούς υποδοχείς. Διάφοροι νευροδιαβιβαστές εμπλέκονται στη λειτουργία της στύσης. Ο κύριος νευροδιαβιβαστής είναι NO. Αυτό συντίθεται από την L-αργινίνη με τη παρουσία της συνθετάσης του NO (Rajfer, et al 2005). Απαραίτητη για τη φυσιολογική δράση της συνθετάσης είναι η παρουσία φυσιολογικής συγκέντρωσης οξυγόνου και τα φυσιολογικά επίπεδα ανδρογόνων. Κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού το NO συντίθεται και απελευθερώνεται στα σηραγγώδη σώματα, τόσο από μη αδρενεργικές – μη χολινεργικές νευρικές απολήξεις, όσο και από τα ενδοθηλιακά κύτταρα. Στη συνέχεια το NO ενεργοποιεί τη γουανυλκυκλάση, το ένζυμο που μετατρέπει την τριφωσφορική γουανοσίνη σε 3,5-κυκλική μονοφωσφορική γουανοσίνη, με αποτέλεσμα την παραγωγή της cGMP και την έναρξη της διαδικασίας της στύσης (Burnett, 1995).

Σε κυτταρικό επίπεδο, η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο των ιόντων ασβεστίου. Η αύξηση των ενδοκυττάρων συγκεντρώσεων της cGMP και 3,5-κυκλικής μονοφωσφορικής αδενοσίνης προκαλεί μείωση της συγκέντρωσης του ενδοκυττάρου ασβεστίου με αποτέλεσμα τη χάλαση των λείων μυϊκών ινών και τη στύση. Αντίθετα η διάσπαση των cGMP και cAMP από τις φωσφοδιεστεράσες προκαλεί αύξηση της ενδοκυττάριας συγκέντρωσης των ιόντων ασβεστίου που οδηγεί στη σύσπαση των λείων μυϊκών ινών (φάση χάλασης ή ηρεμίας). Από τις φωσφοδιεστεράσες ο τύπος 5 κυριαρχεί στα σηραγγώδη σώματα (Aytac et al, 1999) (Εικόνα 3).

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η αιτιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι πολυπαραγοντική καθώς φυσιολογική στύση εξαρτάται από συνδυασμό ψυχογενών, ορμονικών, νευρολογικών και αγγειακών παραγόντων. Ο προσδιορισμός αυτών καθορίζει την αντιμετώπιση και τη θεραπεία της. Σε γενικές γραμμές υπάρχουν δυο τύποι που έχουν σχέση με την αιτία που προκαλεί την δυσάρεστη αυτή κατάσταση, η ψυχογενής και η οργανική στυτική δυσλειτουργία (<http://e-psychology.gr>).

Η ψυχογενής στυτική δυσλειτουργία σχετίζεται με το άγχος και την ανησυχία που προκαλείται λόγω σκέψεων για την ερωτική πράξη, την αποτυχία σε προηγούμενες φορές. Η παραμικρή δυσκολία μπορεί να γίνει πρόβλημα γιγαντιαίο έστω κι αν είναι συμπτωματική. Η πιο συχνή αιτία είναι η κατάθλιψη και οποιαδήποτε μορφή άγχους που μπορεί να διαταράξει την σεξουαλική επίδοση και συγκεκριμένα το άγχος απόδοσης. Με τον όρο 'άγχος απόδοσης' αναφερόμαστε στο άγχος που δημιουργείται την ώρα της σεξουαλικής επαφής ή και πριν από αυτήν. Ο άνδρας αγχώνεται για το αν θα τα καταφέρει να επιτύχει ικανοποιητική στύση ή όχι, για το αν θα ικανοποιηθεί η σύντροφος του, για το τι μπορεί να σκεφτεί η σύντροφος για εκείνον κτλ. Οι σκέψεις αυτές δε μπορούν να οδηγήσουν σε διέγερση δημιουργώντας στον οργανισμό λειτουργίες αντίστροφες από αυτές που απαιτούνται για τη δημιουργία ή διατήρηση της στύσης. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την μείωση ή την αύξηση του άγχους απόδοσης είναι η ίδια η σχέση του ζευγαριού αλλά και η οικειότητα που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στους συντρόφους. Το πώς συμπεριφέρεται η σύντροφος έχει καθοριστικό ρόλο και αυτό διότι μια επικριτική, απαιτητική συμπεριφορά όταν γίνει αντιληπτή από τον άνδρα μπορεί να τον οδηγήσει στο σημείο να χάσει τη στύση του κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης. Μπορεί να συμβαίνει με μια περιστασιακή ερωτική σύντροφο αλλά να μην εκδηλώνεται κατά τη σεξουαλική επαφή με την σύζυγο ή αντίθετα, να λειτουργεί επαρκώς με μια ελκυστική ερωμένη και όχι με τη σύζυγο που μπορεί να βρίσκει βαρετή ή να τον έχει πικράνει (<http://e-psychology.gr>).

Υπάρχουν δυο κατηγορίες διάκρισης, η πρωτογενής και η δευτερογενής στυτική δυσλειτουργία (<http://e-psychology.gr>). Η πρωτογενής στυτική δυσλειτουργία είναι πιο σπάνια και αφορά περιπτώσεις κατά τις οποίες ο άντρας δεν έχει λειτουργήσει ποτέ επαρκώς σε επίπεδο στύσης, κατά την διάρκεια της ερωτικής πράξης. Μπορεί επίτευξη στύσης να έχουμε μέσω αυνανισμού ή αυθόρμητα υπό κάποιες συνθήκες, όχι όμως κατά τη σεξουαλική επαφή και αυτό πηγάζει από βαθύτερα ψυχολογικά αίτια. Υπάρχουν συχνά περιπτώσεις ανδρών που έχουν μεγαλώσει σε τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον όπου καμία

επικοινωνία και συναισθηματική έκφραση υπήρχε, ιδιαίτερα ανάμεσα σε πατέρα και γιο. Ο φόβος της αποτυχίας, του ανταγωνισμού με άλλους άνδρες φέρνει πανικό και αποφεύγει ακόμα να πλησιάσει το άλλο φύλο. Οι περισσότερες όμως περιπτώσεις ανήκουν στη δευτερογενή στυτική δυσλειτουργία, κατά τις οποίες ο άνδρας έχει έρθει αντιμέτωπος με προβλήματα στύσης μια ή και περισσότερες φορές. Έχουν δηλαδή είτε πρόσφατα είτε στο παρελθόν αντιμετωπίσει δυσκολίες αλλά για αρκετό χρόνο έχουν φυσιολογική στυτική λειτουργία. Πολλά περιστατικά δευτερογενούς στυτικής δυσλειτουργίας ξεκινούν από τον τρόπο ζωής που ακολουθείται από πολλούς σήμερα. Η κούραση και το στρες της καθημερινότητας μπορεί να σταθούν αφορμές για προβλήματα στη σχέση του ζευγαριού που μπορούν όμως πολύ εύκολα να εξελιχτούν σε τεράστιας σημασίας ζητήματα και χρήζουν ειδικό χειρισμό.

Συμπερασματικά, τις περισσότερες φορές ψυχογενούς στυτικής δυσλειτουργίας, οι αφορμές είναι ασήμαντες αλλά αποκτούν στη συνέχεια τεράστια σημασία. Η μεγέθυνση αυτή πηγάζει από την υπερβολική σημασία που δίνεται στη λειτουργία της στύσης και στην απόδοση κατά τη σεξουαλική πράξη.

ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η οργανική στυτική δυσλειτουργία που αφορά και το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων της νόσου οφείλεται σε διάφορα αίτια, δηλαδή :

- Αγγειακά: όταν η λειτουργία των αγγείων δεν είναι ικανοποιητική, μειώνεται το αίμα που ρέει προς το πέος ή υπάρχει αδυναμία του πέους να συγκρατήσει μέσα στους ιστούς του το αίμα που είχε προωθήσει η καρδιά.
- Νεκρογενή: όταν τα νευρά του πέους δεν λειτουργούν ικανοποιητικά, προκαλείται διαταραχή στη μεταφορά του μηνύματος από τον εγκέφαλο προς το πέος
- Ορμονικά: η στυτική δυσλειτουργία που οφείλεται σε ορμονικά αίτια είναι σπάνια αλλά υπάρχει περίπτωση να προκληθεί λόγω έλλειψης ανδρικών ορμονών
- Κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών: αρκετά φάρμακα πχ αντιπερτασικά, διουρητικά, αντικαταθλιπτικά μπορούν να επηρεάσουν την επίτευξη σύσης.

ΑΙΤΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η επίτευξη της στύσης είναι μια εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία, στην οποία συμμετέχουν ο εγκέφαλος, ορμόνες, νεύρα, μύες, αγγεία και φυσικά τα συναισθήματα και ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, όπως οι αισθήσεις, η μνήμη και η προσοχή. Μια διαταραχή στη διαδικασία αυτή μπορεί να είναι αίτιο στυτικής δυσλειτουργίας. Τα προβλήματα μπορεί να είναι οργανικά· στην πορεία, όμως, θα προστεθεί και το άγχος, το οποίο θα επιδεινώσει το πρόβλημα. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και ανάστροφα, ενώ συχνά υπάρχει εξαρχής ένας συνδυασμός οργανικών και ψυχολογικών παραγόντων.

- Καρδιολογικές παθήσεις
- Απόφραξη των αγγείων
- Υψηλή χοληστερίνη και τριγλυκερίδια
- Υψηλή αρτηριακή πίεση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Μεταβολικό σύνδρομο (συνδυασμός αυξημένου σωματικού λίπους γύρω από τη μέση, υψηλής αρτηριακής πίεσης, αυξημένων επιπέδων ινσουλίνης, υψηλής χοληστερίνης)
- Παχυσαρκία
- Νευρολογικά νοσήματα, όπως κατώσεις του νωτιαίου μυελού, νόσος του Πάρκινσον και Σκλήρυνση κατά Πλάκας
- Ορμονικές διαταραχές (π.χ. χαμηλή τεστοστερόνη)
- Νόσος Peyronie (ανάπτυξη ουλώδους πλάκας στον ινώδη χιτώνα του πέους)
- Φάρμακα, όπως αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιισταμινικά, διουρητικά, αντιυπερτασικά κ.ά.
- Κάπνισμα
- Χρήση ναρκωτικών
- Αλκοολισμός
- Θεραπείες για καρκίνο του προστάτη (ορμονικές, ακτινοθεραπεία, ριζική προστατεκτομή)
- Υπερπλασία του προστάτη (συνυπάρχει συχνά με στυτική δυσλειτουργία)
- Χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο, όπως επεμβάσεις στο παχύ έντερο και στην κύστη ή στον προστάτη.

Τα πιο συχνά ψυχολογικά αίτια είναι:

- Μύθοι γύρω από το σεξ και τις «επιδόσεις»
- Άγχος
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Προβλήματα στην οικογένεια ή στη σχέση

- Δυσκολία στην επίτευξη μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνη – υπογονιμότητα
- Άγχος επίδοσης/διαταραχή προσοχής
- Αγχώδεις διαταραχές
- Φτωχή σεξουαλική επικοινωνία με την ερωτική σύντροφο
- Κατάθλιψη
- Ψυχιατρικές παθήσεις, όπως σχιζοφρένεια, διαταραχές προσωπικότητας κ.ά.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο Ουρολόγος, αρχικά, θα πάρει λεπτομερές ιατρικό και κατόπιν σεξουαλικό ιστορικό. Θα πρέπει ο ασθενής να μιλήσει ειλικρινά και να μην ξεχνάει ότι ο γιατρός είναι εκπαιδευμένος να συζητά τέτοια ευαίσθητα θέματα. Άρα, μιλήστε ανοιχτά μαζί του, για να μπορέσει να σας βοηθήσει.

Στην πρώτη συνέντευξη, λοιπόν, ο γιατρός θέλει να μάθει όλες τις χρήσιμες ιατρικές πληροφορίες, όπως:

- Αν έχετε άλλα προβλήματα υγείας ή χρόνιες παθήσεις
- Τι φάρμακα παίρνετε
- Αν έχετε υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις και ποιες
- Τυχόν προβλήματα στην ψυχική υγεία σας
- Κατανάλωση και ποσότητα καπνού και αλκοόλ
- Χρήση ουσιών

Μετά από αυτό, θα παρθεί ένα πλήρες σεξουαλικό ιστορικό, και ενδεικτικά ο γιατρός σας θα σας ζητήσει πληροφορίες, όπως:

- Περιγραφή του προβλήματος της στύσης (πόσο σκληρή γίνεται και πόσο διαρκεί)
- Αν υπάρχουν άλλα σεξουαλικά προβλήματα (επιθυμίας, πρόωρης εκσπερμάτισης κ.ά.)
- Χρόνος από την έναρξη του προβλήματος, αν είναι σταθερό ή περιοδικό και αν είναι σταθερά επιδεινούμενο με τον χρόνο
- Αν η σύντροφος έχει κάποια σεξουαλικά προβλήματα (π.χ. μείωση επιθυμίας ή ύγρυνσης λόγω εμμηνόπαυσης)
- Αν η στύση είναι επιτυχής, όταν είστε μόνος (αυνανισμός), ή αν υπάρχουν νυκτερινές/πρωινές στύσεις
- Αν έχετε παρατηρήσει παράγοντες που επιδεινώνουν το πρόβλημα (π.χ. μέρος, συγκεκριμένη σύντροφος κ.ά.)
- Αν έχετε δοκιμάσει κάποια θεραπεία στο παρελθόν (π.χ. χάπια)

Με βάση το ιστορικό, συνήθως έχουμε μία εκτίμηση για το αν το πρόβλημα είναι ψυχολογικό ή οργανικό. Άντρες κάτω των 40 ετών, υγιείς, που δεν λαμβάνουν καμιά

θεραπεία για οποιαδήποτε πάθηση και στους οποίους το πρόβλημα εμφανίστηκε ξαφνικά, ΔΕΝ χρειάζονται καμιά διαγνωστική εξέταση! Το πρόβλημα είναι ξεκάθαρα ψυχολογικό, και ο Ουρολόγος θα τους παραπέμψει σε σεξολόγο.

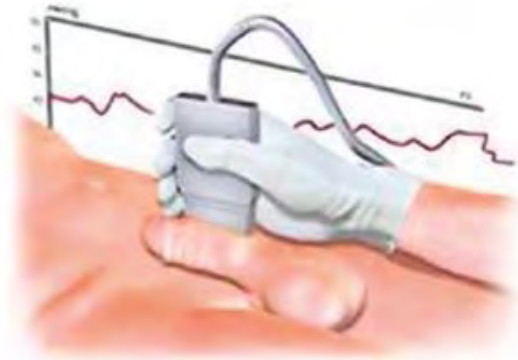
Για τους περισσότερους ασθενείς η λήψη ενός καλού ιστορικού (ιατρικού και σεξουαλικού) και η κλινική εξέταση αρκούν, για να τεθεί διάγνωση. Αν, όμως, ο γιατρός σας το κρίνει σκόπιμο, θα σας ζητήσει να υποβληθείτε σε πιο ειδικές εξετάσεις, όπως:

- Εξετάσεις αίματος, όπως για σάκχαρο, χοληστερίνη και τεστοστερόνη. Αν και από αυτές κρίνει ότι έχετε αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ίσως σας παραπέμψει για μία καρδιολογική εκτίμηση. Επίσης ορμονολογικός έλεγχος: T3, T4, TSH, FSH, LH, TESEO, PRL.
- Triplex αγγείων-πέους. Ο γιατρός θα προκαλέσει στύση στο ιατρείο και με τη βοήθεια ενός ειδικού μηχανήματος υπερήχων θα ελέγξει τη λειτουργία των αγγείων του πέους (αρτηριών και φλεβών). Η εξέταση αυτή διαρκεί περίπου μία ώρα.
- Καταγραφή νυκτερινών στύσεων. Γίνεται με τη βοήθεια ενός μηχανήματος, το οποίο προσαρμόζεται στο πέος πριν από τον ύπνο. Σκοπός είναι να καταγράψει τον αριθμό και την ποιότητα των νυκτερινών στύσεων. Η εξέταση γίνεται στο σπίτι του ασθενή και βοηθά τον γιατρό να ξεχωρίσει την ψυχογενή από την οργανική στυτική δυσλειτουργία.
- Αν από το ιστορικό υπάρχουν ενδείξεις για ψυχολογικό πρόβλημα, ο Ουρολόγος θα σας παραπέμψει για εκτίμηση σε ειδικό σεξολόγο ή ψυχίατρο, αντίστοιχα.



Κάθε άντρας από τη γέννησή του μέχρι τη στιγμή, όπου θα εμφανίσει οργανικό πρόβλημα με τη στύση, έχει σε καθέναν 8ωρο ύπνο 2-6 στυτικά επεισόδια. Τις νυκτερινές στύσεις δεν τις καταλαβαίνει, γιατί κοιμάται. Μόνο εάν τύχει να ξυπνήσει την ώρα κάποιας στύσης, θα την αντιληφθεί. Με ειδική συσκευή που λέγεται Rigiscan™, είναι εφικτή η καταγραφή των νυκτερινών στύσεων. Συγκεκριμένα, ο άντρας θα πάρει στο σπίτι του τη φορητή συσκευή και θα κοιμηθεί 2-3 βράδια, ενεργοποιώντας την. Μετά, θα επιστρέψει τη συσκευή στον Ουρολόγο του, και τα αποτελέσματα θα αναλυθούν από τον υπολογιστή. Εάν η εξέταση δείξει καλής ποιότητας νυκτερινές στύσεις, το πρόβλημα φαίνεται ότι είναι

ψυχολογικό. Εάν δεν υπάρχουν καλές νυκτερινές στύσεις, τότε πρέπει να υποβληθεί σε triplex αγγείων πέους.



Εάν τα άτομα είναι πάνω από 50 ετών με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (υψηλή χοληστερίνη ή τριγλυκερίδια, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη) ή ήδη πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο, τότε μάλλον θα χρειαστεί να κάνουν μία ειδική διαγνωστική εξέταση που λέγεται triplex αγγείων πέους. Η εξέταση διαρκεί περίπου 1 ώρα και γίνεται στο ιατρείο. Συγκεκριμένα, ύστερα από ένεση στο πέος φαρμάκων που προκαλούν στύση, γίνεται εκτίμηση της αιματικής ροής στο πέος. Τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι χρήσιμα, μόνον όταν καταφέρει ο γιατρός με τα φάρμακα να βοηθήσει να πετύχουν τα άτομα μία στύση αντίστοιχη με την καλύτερη στύση που πετυχαίνουν στο σπίτι τους μόνι ή κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η θεραπεία θα καθοριστεί από το είδος της στυτικής δυσλειτουργίας. Αν το αίτιο είναι ψυχογενές ή υπάρχουν προβλήματα στη σχέση, ένας εξειδικευμένος σεξολόγος θα μπορέσει να σας βοηθήσει να ξεπεράσετε το πρόβλημα. Συχνά, όταν το πρόβλημα είναι μεικτό, γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής θεραπείας.

Για τη στυτική δυσλειτουργία, η οποία οφείλεται σε οργανικά αίτια, οι επιλογές που υπάρχουν είναι:

- Φάρμακα από το στόμα. Υπάρχουν, σήμερα, τρία διαφορετικά φάρμακα (σιλδεναφίλη, βαρδεναφίλη και ταδαλαφίλη). Ο γιατρός σας θα σας δώσει αναλυτικές οδηγίες για τον σωστό τρόπο λήψης, ώστε να έχετε τη μέγιστη αποτελεσματικότητα.
- Θεραπεία με κρουστικά κύματα. Είναι μία νέα μορφή και ίσως η μοναδική θεραπεία που υπάρχει ως σήμερα, η οποία στοχεύει στο γενεσιουργό αίτιο της αγγειακής στυτικής δυσλειτουργίας.
- Συσκευή αντλίας κενού. Είναι μία μέθοδος, κατά την οποία, με μία συσκευή που τοποθετείται μέσα στο πέος, δημιουργείται κενό αέρος, και αυτό προκαλεί είσοδο αίματος και διόγκωση του πέους. Στη συνέχεια, τοποθετείται ένας δακτύλιος στη βάση του πέους, για να διατηρηθεί η στύση. Σημαντικό είναι να γνωρίζετε ότι ο δακτύλιος δεν πρέπει να παραμένει τοποθετημένος για διάστημα μεγαλύτερο των 30 λεπτών. Η θεραπεία αυτή δεν είναι καλά αποδεκτή από νεότερους ασθενείς, αφού δεν προκαλεί σκληρή στύση.
- Ενδοσηραγγώδεις ενέσεις. Ο γιατρός σας θα σας εκπαιδεύσει να κάνετε μία ένεση στο πέος, όταν θέλετε να έχετε στύση. Η διαδικασία είναι εύκολη στην εκμάθηση και εφαρμόζεται από εκατομμύρια ασθενείς σε όλον τον κόσμο. Σημαντικό είναι να καθοριστεί η σωστή δόση φαρμάκου, για να αποφευχθεί μία σημαντική επιπλοκή των ενέσεων, ο πριαπισμός, δηλαδή η παράταση της στύσης. Η επιπλοκή αυτή απαιτεί άμεση ιατρική αντιμετώπιση.
- Ορμονοθεραπεία. Εφαρμόζεται σε μικρό ποσοστό ασθενών, οι οποίοι έχουν έλλειψη τεστοστερόνης. Με τα κατάλληλα σκευάσματα που θα σας χορηγήσει ο γιατρός σας, η τεστοστερόνη θα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. Σήμερα, χρησιμοποιούνται μία ενέσιμη μορφή (μία ένεση ανά 3μηνο), καθώς και οι τοπικές θεραπείες στο δέρμα (σπρέι, gel).
- Πεικλή πρόθεση. Εφαρμόζεται, όταν αποτύχουν όλες οι προηγούμενες μορφές θεραπείας. Χειρουργικά τοποθετείται μέσα στα σηραγγώδη σώματα του πέους μία ειδική συσκευή, η οποία μηχανικά προκαλεί στύση, όταν το επιθυμεί ο ασθενής. Στα μειονεκτήματα είναι το υψηλό κόστος. Οι επιπλοκές, αν και σπάνιες, είναι η μόλυνση

και η απόρριψη της πρόθεσης (5% των περιπτώσεων). Χρειάζεται καλή ενημέρωση πριν από την τοποθέτησή της, ώστε να μη δημιουργηθούν λάθος προσδοκίες.

Ο γιατρός σας εξατομικευμένα θα σας προτείνει τη θεραπεία ή τον συνδυασμό θεραπειών που είναι κατάλληλος για εσάς, ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά σας.

Για τα ψυχολογικά προβλήματα υπάρχουν ειδικές θεραπείες (γνωστική/συμπεριφορική και sex therapy), που περιλαμβάνουν συναντήσεις ανά 2 περίπου εβδομάδες με ειδικό σεξολόγο και διαρκούν από 1-3 μήνες ανάλογα με το πρόβλημα. Στα οργανικά προβλήματα, ο πιο συχνός τρόπος αντιμετώπισης είναι η φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα χάπια της στύσης χρησιμοποιούνται και από άντρες με ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία, μέχρι να λυθεί το πρόβλημά τους.

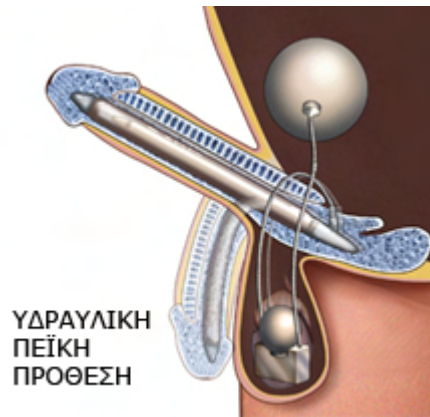
Από το 1998, οπότε κυκλοφόρησε το Viagra™ (σιλδεναφίλη), και 5 χρόνια αργότερα το Cialis™ (ταδαλαφίλη) και το Levitra™ (βαρδεναφίλη), πάνω από 160 εκατομμύρια άντρες τα έχουν χρησιμοποιήσει παγκοσμίως. Αυτό συνέβη, γιατί είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στο 50-70% των περιπτώσεων, ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος. Επίσης, εφόσον έχει αποκτηθεί τεράστια εμπειρία για την ασφάλεια, είναι πλέον δεδομένο ότι και τα 3 φάρμακα είναι εξίσου ασφαλή. Και μάλιστα, ύστερα από 14 έτη κυκλοφορίας, η μόνη απόλυτη αντένδειξη είναι η συγχορήγηση με τα νιτρώδη, τα γνωστά φάρμακα για τη στηθάγχη.

Όλα είναι αποτελεσματικά και ασφαλή και χρησιμοποιούνται 1-2 ώρες πριν από την επαφή. Οι διαφορές είναι δύο: α) η ταδαλαφίλη και η νέα μορφή βαρδεναφίλης (που διαλύεται στο στόμα) δεν επηρεάζονται από τη λήψη τροφής και β) η ταδαλαφίλη διαρκεί 36 ώρες, ενώ τα άλλα δύο σκευάσματα 8-12 ώρες. Θα πρέπει, επίσης, να σημειώσουμε ότι η ταδαλαφίλη διατίθεται και σε ημερήσια χορήγηση μικρής δόσης 5mg για όσους έχουν συχνές επαφές και δεν επιθυμούν να τις προγραμματίζουν. Η μορφή αυτή εγκρίθηκε πρόσφατα από το FDA των Η.Π.Α., για να χορηγείται και σε ασθενείς με προβλήματα ούρησης λόγω υπερτροφίας προστάτη, αφού τα φάρμακα της στύσης έχουν δείξει ότι βελτιώνουν σημαντικά και την ούρηση.

Τα επίσημα στοιχεία πωλήσεων από φαρμακεία –και όχι μέσω Internet– δείχνουν ότι οι πωλήσεις είναι περίπου 400.000 χάπια τον μήνα. Παρότι υπάρχουν διάφορες συσκευασίες (η πιο συνηθισμένη είναι αυτή των 4 δισκίων), η εκτίμηση είναι ότι πάνω από 100.000 Έλληνες χρησιμοποιούν κάποιο από τα φάρμακα της στύσης.

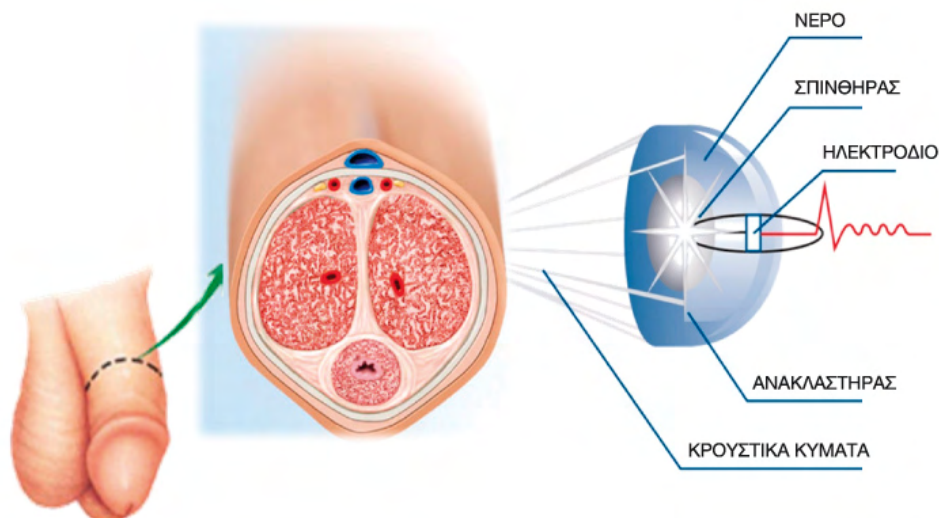
Υπάρχουν οι ενδοπεϊκές ενέσεις, όπου μέσω μιας λεπτής σύριγγας, όπως της ινσουλίνης, γίνεται έγχυση ειδικού φαρμάκου στο πέος. Χρησιμοποιούνται από το 1985 και δίνουν αποτέλεσμα μέσα σε 10 λεπτά, με διάρκεια, αναλόγως της δόσης, που δεν

πρέπει να ξεπερνά τη 1 ώρα. Είναι μία θεραπεία δοκιμασμένη, με λίγες επιπλοκές, εφόσον γίνει σωστή ρύθμιση της δόσης από έμπειρο Ουρολόγο.



Εάν αποτύχουν τα φάρμακα, οι πεϊκές προθέσεις έχουν εξελιχθεί τόσο τεχνολογικά, που προσφέρονται πλέον με εγγύηση εφ' όρου ζωής. Τοποθετούνται χειρουργικά, με τομή όμως που δεν φαίνεται μετά (στο όσχεο), και επιτρέπουν στον ασθενή τη μηχανική ενεργοποίηση όποτε και για όσο χρόνο θέλει. Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι πεϊκές προθέσεις είναι εξαιρετική θεραπεία για ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ογκολογικές επεμβάσεις στην πύελο, όπως ριζική προστατεκτομή και κολεκτομή, και έχουν υποστεί καταστροφή των περιφερικών νεύρων της στύσης, καθώς και για ασθενείς με τραυματικές κακώσεις στον νωτιαίο μυελό ή στην πύελο.

Μέχρι σήμερα, οι θεραπευτικές επιλογές για την καταπολέμηση της στυτικής δυσλειτουργίας αγγειακής αιτιολογίας αντιμετώπιζαν περιστασιακά μόνο το σύμπτωμα, αλλά όχι την αιτία, δηλαδή τη μείωση της ροής του αίματος στα σηραγγώδη σώματα του πέους. Με τη νέα θεραπευτική μέθοδο φαίνεται να γίνεται εφικτή πλέον η θεραπεία της πάθησης, αφού τα κρουστικά κύματα προκαλούν επαναγγείωση του πέους.



Τα κρουστικά κύματα είναι ηλεκτροϋδραυλικά κύματα (συσκευή Omnispec™), παρόμοια με τα κύματα που χρησιμοποιούνται θεραπευτικά από πολλές ιατρικές ειδικότητες, όπως η Ουρολογία, η Ορθοπεδική, η Καρδιολογία και η Ωτορινολαρυγγολογία. Ο Ουρολόγος χρησιμοποιεί ειδική κεφαλή με κάτοπτρα πάνω στο δέρμα του πέους, μέσω των οποίων μεταφέρονται στην περιοχή-στόχο (σηραγγώδη σώματα του πέους) με μη επεμβατικό τρόπο και εντελώς ανώδυνα τα κρουστικά κύματα.

Η θεραπεία γίνεται σε 12 συνεδρίες των 30 λεπτών σε διάστημα 9 εβδομάδων. Είναι εντελώς ανώδυνη και, το κυριότερο, δεν έχει παρενέργειες. Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν στη θεραπεία παρατηρήθηκε αύξηση της αιματικής ροής στο πέος κατά 140%, ενώ το 80% των ασθενών διακόπτουν τη λήψη φαρμάκων για τη στύση μετά τη θεραπεία, αφού δεν τα χρειάζονται πια. Πρόσφατη δημοσίευση έδειξε ότι στους άντρες που δεν ανταποκρίνονται στα φάρμακα, η θεραπεία με κρουστικά κύματα είναι αποτελεσματική, αφού το 70% των αντρών θα ανταποκριθούν μετά τα κρουστικά κύματα στα σκευάσματα για τη στυτική δυσλειτουργία.



Τα σκευάσματα που διαφημίζονται στην τηλεόραση και τα Μ.Μ.Ε. για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας και αγοράζονται από το φαρμακείο χωρίς συνταγή έχουν αποτέλεσμα; Όχι. Ένα φάρμακο, για να αναπτυχθεί, δοκιμάζεται για 10 περίπου χρόνια σε φαρμακολογικές και κλινικές μελέτες και περνά από πολύ αυστηρές «εξετάσεις», για να πάρει έγκριση από τις κεντρικές ρυθμιστικές αρχές σε Ευρώπη και Αμερική και στην Ελλάδα από τον Ε.Ο.Φ.. Όμως, δεν ισχύει το ίδιο για τα «φυτικά» σκευάσματα. Αυτά επιτρέπεται να εισάγονται και να κυκλοφορούν, χωρίς να έχει προηγηθεί έλεγχος. Θα τα δείτε στις προθήκες των φαρμακείων να αναγράφουν ότι βοηθούν τον ανδρισμό ή τη στύση και μάλιστα να διαφημίζονται στην τηλεόραση, παρά την έλλειψη σχετικών μελετών.

Δε γνωρίζουμε τι περιέχουν ή αν η αναγραφόμενη σύστασή τους ισχύει. Μελέτες έδειξαν ότι συχνά ΔΕΝ περιέχουν τα αναφερόμενα στη συσκευασία συστατικά και άρα είναι ακατάλληλα. Οι αγορές φαρμάκων μέσα από το Internet είναι επικίνδυνες, επειδή τα κουτιά είναι τα ίδια με αυτά των επίσημων φαρμάκων, αλλά το περιεχόμενο εντελώς διαφορετικό. Αυτό ώθησε και την Ευρωπαϊκή Ένωση να βγάλει ειδική οδηγία για τον κίνδυνο προμήθειας φαρμάκων από το διαδίκτυο.

Είναι σαφές ότι πολλοί άντρες τα χρησιμοποιούν στο πλαίσιο ενός lifestyle, καθαρά για λόγους επιδόσεων. Άλλοι πάλι, γιατί νομίζουν ότι τα φάρμακα της στύσης είναι αφροδισιακά. Άλλα δεν είναι. Απλώς βοηθούν στην αύξηση της αιμάτωσης του πέους. Και αυτή η lifestyle χρήση αποτελεί σαφέστατα κατάχρηση και κυρίως γίνεται για λόγους προσωπικής ανασφάλειας. Και πάντα είναι επιβλαβές για το σώμα μας να παίρνουμε φάρμακα χωρίς λόγο και συνταγή γιατρού.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανδρών με στυτική δυσλειτουργία και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη στυτική δυσλειτουργία έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία, εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, επιθετικότητα, αισιοδοξία και οικογενειακό περιβάλλον) σε άνδρες με στυτική δυσλειτουργία καθώς και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα έγινε:

- Περιγραφή της ομάδας των ανδρών με στυτική δυσλειτουργία ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος.

1.1. Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η στυτική δυσλειτουργία συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι άνδρες με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα των ανδρών του υγιούς πληθυσμού.
- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι οι άνδρες με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και χαμηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα των ανδρών του υγιούς πληθυσμού, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται (Goss et al, 1994), και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται (Heller, 2003), δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας (Tangney & Dearing, 2002) και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό (Gilbert, 1998).

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss et al, 1994; Gilbert et al., 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al., 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003, Lundback et al., 2006; Birchwood et al., 2007). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι άνδρες με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα των ανδρών του υγιούς πληθυσμού.
- Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που νιώθουν ελλειματικότητα να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό (αυτοεπικρίση) (Thomas, 1995; Gilbert, 1998; Retzinger, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Rosenberger, 2005; Tangney & Dearing, 2002). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι άνδρες με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα των ανδρών του υγιούς πληθυσμού.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άνδρες με στυτική δυσλειτουργία.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

- Οι άνδρες να είναι από 20 έως και 75 ετών.
- Το πρόβλημα της στυτικής δυσλειτουργίας να είναι μεγαλύτερης διάρκειας των 6 μηνών.
- Η στυτική δυσλειτουργία να μην οφείλεται σε οργανικά αίτια, όπως αγγειακά προβλήματα, νευρογενή ζητήματα, ορμονικά, χρήση φαρμακευτικών ουσιών που επιδρούν στη στύση.
- Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
- Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη:

- Ανατομικές ανωμαλίες του πέους πχ. Νόσος του Peyronie
- Τραύμα στην σπονδυλική στήλη
- Μείζονες Ψυχιατρικές διαταραχές
- Κατάχρηση Αλκοόλ
- Πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου τους προηγούμενους 6 μήνες από την ένταξη στη μελέτη
- Χρήση PDE5Is περισσότερες από 6 φορές
- Χρήση τεστοστερόνης τον προηγούμενο μήνα από την ένταξη στη μελέτη
- Θεραπεία με νιτρώδη
- Ασταθής Στηθάγχη
- Καρδιακή αρρυθμία
- Ιστορικό νεφρικής ή ηπατικής ανεπάρκειας
- Ιστορικό επεμβάσεων στην πύελο
- Ιστορικό ακτινοβολίας ή βραχυθεραπείας για καρκίνο του προστάτη
- Συστολική αρτηριακή πίεση <100 ή >190 mmHg τον χρόνο ένταξης στην παρούσα μελέτη

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα (ο ιατρός-μεταπτυχιακός φοιτητής και η επιβλέπουσα καθηγήτρια της μελέτης), οπότε μειώθηκαν στο ελάχιστο οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Η μελέτη διενεργήθηκε κατά το διάστημα από 1/09/2012 έως 28/2/2013. Στην έρευνα συμπεριλήφθησαν 32 άνδρες ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία και ηλικία από 31 έως 76 χρονών. Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν και είναι ασθενείς του ιατρού. Πρόκειται για ασθενείς που επισκέπτονται τον ιατρό στο ιδιωτικό του ιατρείο για διάστημα μεγαλύτερο των 7 μηνών. Ο ιατρός έχει ιστορικό των ασθενών που συμπεριλαμβάνει εργαστηριακό έλεγχο για την πιθανότητα ύπαρξης συνοδών προβλημάτων που περιελάμβανε: Γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, νεφρική λειτουργία, ηπατική λειτουργία, καρδιακή λειτουργία, σάκχαρο, ορμονικό έλεγχο (FSH, LH, Testo, E2, PRL) και PSA. Παρολαυτα τα παραπάνω στοιχεία δεν αποτελούν στοιχεία που

παρουσιάζονται στην παρούσα έρευνα. Κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη αποτέλεσαν ασθενείς με φυσιολογικό ορμονικό έλεγχο και δίχως σοβαρές αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές του υπόλοιπου ελέγχου. Η συλλογή των στοιχείων από τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων που χορηγούσε ο ιατρός στους ασθενείς. Ο ιατρός έδινε διευκρινήσεις όπου υπήρχαν απορίες εκ μέρους των ασθενών. Κανένας από τους ασθενείς δεν αρνήθηκε να απαντήσει στα ερωτηματολόγια. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων επεξεργάστηκαν με στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.

Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.1.1 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach $\alpha=0,716$. (Lyraeos et al., 2009).

2.1.2 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.1.3. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)

- Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
- Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
- Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

2.1.4. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87 (Gouva et al., 2012). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

2.1.5 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισμολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρισμολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (Gouva et al., 2012). Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.1.6. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economidou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

2.1.7. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και στοιχεία για την αναπαράστασή τους ως προς την στυτική δυσλειτουργία.

2.2. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών

(μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,940
SCL - 90	0,988
HDHQ	0,811
ESS	0,899
FES	0,813
LOTR	0,574

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002). Ως εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο LOTR στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι μικρότερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 32 άνδρες με πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας. Από αυτούς οι 27 είχαν πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας μεγαλύτερης των 6 μηνών και οι 5 είχαν πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας ίσης των 6 μηνών. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $46,7 \pm 10,8$ με εύρος 31-76 (πίνακας 2).

Από το δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα μας παρατηρούμε ότι από τους 32 συμμετέχοντες ο νεότερος ηλικιακά ασθενής ήταν 31 χρονών και ο μεγαλύτερος 76 χρονών.

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Σύνολο	Ποσοστό%	
Φύλο	Άνδρες	32	100
Πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας			
	>6 μηνών	27	84,4
	6 μηνών	5	15,6
Μεταβλητή	Μέση τιμή (x ± SD)	Εύρος	
Ηλικία	46,7±10,8	31-76	

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Από το δείγμα των ατόμων της έρευνας μόνο ένας καταγόταν από χωριό/κωμόπολη, οι 20 από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 11 από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων. Οι 24 (ποσοστό 75,0%) από τα άτομα του δείγματος βρίσκονται σε έγγαμη κατάσταση, οι 3 (ποσοστό 9,4%) είναι μόνοι τους, οι 3 (ποσοστό 9,4%) δήλωσαν πως βρίσκονται σε σχέση και οι 2 (ποσοστό 3,7%) απάντησαν πως είναι με πολλαπλούς συντρόφους. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος 30 άτομα (ποσοστό 93,8%) έχουν αδέρφια και οι 20 από τους 32 (ποσοστό 62,5%) έχουν αποκτήσει παιδιά (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά Οικογενειακής Κατάστασης και Διαμονής

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμος	24	75,0
Μόνος	3	9,4
Σε Σχέση	3	9,4
Πολλαπλούς Συντρόφους	2	3,7
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Χωριό-Κωμόπολη	1	3,1
Πόλη<150.000κ.	20	62,5
Πόλη>150.000κ.	11	34,4
ΑΔΕΛΦΙΑ		

ΝΑΙ	30	93,8
ΟΧΙ	2	6,3
ΠΑΙΔΙΑ		
ΝΑΙ	20	62,5
ΟΧΙ	12	37,5

Οι απαντήσεις τους ως προς τις ερωτήσεις των σεξουαλικών πληροφοριών παρουσιάζονται στον πίνακα 4, και όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, η ηλικία έναρξης του αυνανισμού έχει μέση τιμή $13,45 \pm 1,99$, με εύρος 10 έως 18 ετών, και η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής τους ζωής έχει μέση τιμή $18,52 \pm 3,24$, με εύρος 14 έως 26 ετών. ενώ ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων κυμαίνεται από 1 έως 45, με μέση τιμή $7,89 \pm 8,80$.

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά Σεξουαλικής Κατάστασης,

Μεταβλητή	Μέση τιμή ($x \pm SD$)	Εύρος
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΥ	$13,45 \pm 1,99$	10 - 18
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ	$18,52 \pm 3,24$	14 - 26
Μεταβλητή	Σύνολο	Ποσοστό%
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ		
15-20 ΕΤΩΝ	22	68,8
20-25 ΕΤΩΝ	6	18,8
25-30 ΕΤΩΝ	4	12,5
ΟΧΙ ΑΚΟΜΗ	0	0,0
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΥ		
10	1	3,2
11	3	9,7
12	9	29,0
13	4	12,9
14	5	16,1
15	4	12,9
16	2	6,5
17	2	6,5
18	1	3,2
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ		

1	1	3,7
2	3	11,1
3	5	18,5
4	4	14,8
5	2	7,4
6	1	3,7
7	2	7,4
8	1	3,7
9	2	7,4
12	2	7,4
15	2	7,4
20	1	3,7
45	1	3,7

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν, τα άτομα του δείγματός μας. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε ερωτήσεις ταξινομημένες σε επτά ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59

ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και "Λάθος" στην ερώτηση 40.
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και "Λάθος" στην ερώτηση 13.
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και "Λάθος" στην ερώτηση 4.
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" σε όλες τις ερωτήσεις.
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
Στάση απέναντι στη ζωή	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)	
Σχέσεις (Relationship Dimensions)	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις

ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25

5.2 Αποτελέσματα Ψυχομετρικών Εργαλείων

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζουμε τις απαντήσεις των ερωτώμενων του δείγματος στα ψυχομετρικά εργαλεία και στον πίνακα 5 μπορούμε να παρατηρήσουμε τις μέσες τιμές (mean) των απαντήσεων καθώς και την τυπική απόκλιση (SD).

Πίνακας 5: Μέσοι όροι και Αποκλίσεις των Ψυχομετρικών Εργαλείων		
	Mean	SD
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	7,88	7,22
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	10,00	8,34
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	6,09	7,47
Κατάθλιψη (Depression)	10,69	10,79
Άγχος (Anxiety)	6,47	8,98
Επιθετικότητα (Hostility)	5,16	4,95
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,09	2,82
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	6,59	6,09
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,75	6,21
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.σκέψεις θανάτου)	,59	1,21
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,736	,715
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,611	,565
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	35,59	22,33
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	4,81	2,47
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,53	2,06
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,09	2,30
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,34	1,91
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,03	1,28
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	13,44	5,54
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	5,38	3,06
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	18,81	7,72
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	25,87	2,97
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	6,73	2,18
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	7,28	1,09

Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,79	1,29
Σύγκρουση (Conflict)	1,14	1,22
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	6,45	1,53
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	6,93	1,58
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	6,59	1,52
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,45	1,62
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	5,21	1,57
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	6,28	1,25
Έλεγχος (Control)	5,24	1,64
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	19,88	13,09
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	6,56	5,30
Αίσθημα κενού (empty)	2,91	2,43
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	8,72	5,47
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	42,75	10,63
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,22	5,12
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	17,37	5,22
Σωματική ντροπή (bodily shame)	5,16	1,82

5.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία ως προς την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής

Στον πίνακα 6, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις περισσότερες υποκλίμακες. Στον πίνακα οι στατιστικά σημαντικές αποκλίσεις παρουσιάζονται με σκούρα γράμματα.

Πίνακας 6: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	11,056	,000
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	3,339	,050
Αίσθημα κενού (empty)	6,635	,004
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	20,348	,000
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	3,531	,042
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	6,364	,005
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,524	,598
Σωματική ντροπή (bodily shame)	8,686	,001
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	6,090	,006
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	9,809	,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	15,617	,000
Κατάθλιψη (Depression)	17,729	,000
Άγχος (Anxiety)	16,566	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	16,561	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	10,439	,000
Παρανοειδή ιδεασμός (Paranoid ideation)	9,398	,001
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	8,996	,001
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.σκέψεις θανάτου)	20,813	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	16,433	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	8,532	,001

Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	8,586	,001
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	7,132	,003
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,644	,004
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	4,440	,021
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	5,779	,008
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	22,763	,000
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	11,379	,000
Σύνολο ενδοστρέφειας (intrapunitive)	10,820	,000
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	16,826	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,444	,254
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	1,491	,243
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	6,711	,004
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	,882	,426
Σύγκρουση (Conflict)	1,433	,257
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	,044	,957
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	2,156	,136
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	1,013	,377
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	1,350	,277
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,459	,022
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	,580	,567
Έλεγχος (Control)	1,622	,217

6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία, της έναρξης του αυνανισμού και του πλήθους των ερωτικών συντρόφων της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες των ψυχομετρικών εργαλείων αλλά και με τις απαντήσεις τους στις κοινωνικοδημογραφικές ερωτήσεις στο δείγμα των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία. Στους πίνακες 7 και 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1. Συσχετίσεις της έναρξης σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και των ψυχολογικών μεταβλητών προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και της αδυναμίας του σε κάποιο από τα μέλη της οικογένειάς του ($P = 0,001$), καθώς και με την ηλικία έναρξης του αυνανισμού ($P = 0,000$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και της ύπαρξης παιδιών ($P = 0,005$), της πρωινής αφύπνισης (SCL_90) ($P = 0,009$), της ανορεξίας (SCL_90) ($P = 0,002$), και της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (MISTAKES - OAS) ($P = 0,006$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και του αριθμού των παιδιών ($P = 0,023$), της ενοχής (H.D.H.O) ($P = 0,012$), της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης του οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) ($P = 0,016$), του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος (FES) ($P = 0,024$), της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (TOTAL OAS) ($P = 0,032$), και της σωματικής ντροπής (ESS) ($P = 0,040$).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και του αριθμού των ερωτικών συντρόφων ($P = 0,061$), καθώς και του ιδεοψυχαναγκασμού (SCL_90) ($P = 0,052$).

6.2. Συσχετίσεις της ηλικίας έναρξης του αυνανισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της έναρξης του αυνανισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και των ψυχολογικών μεταβλητών προέκυψαν:

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της έναρξης του αυνανισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και της αδυναμίας του σε κάποιο από τα μέλη της οικογένειάς του ($P = 0,008$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της έναρξης του αυνανισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και της ύπαρξης παιδιών ($P = 0,022$), του αριθμού των ερωτικών συντρόφων ($P = 0,046$), της παρανοειδούς εχθρότητας (H.D.H.Q) ($P = 0,022$), της ενοχής (H.D.H.Q) ($P = 0,038$), του ιδεοψυχαναγκασμού (SCL_90) ($P = 0,044$), της επιθετικότητας (SCL_90) ($P = 0,034$), της πρωινής αφύπνισης (SCL_90) ($P = 0,043$), του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος (FES) ($P = 0,048$), της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (MISTAKES - OAS) ($P = 0,030$) και της σωματικής ντροπής (ESS) ($P = 0,039$).

6.3. Συσχετίσεις του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με ψυχολογικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και των ψυχολογικών μεταβλητών προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και του ιδεοψυχαναγκασμού (SCL_90) ($P = 0,001$), του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL_90) ($P = 0,000$), της πρωινής αφύπνισης (SCL_90) ($P = 0,001$),

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και του ψυχωτισμού (SCL_90) ($P = 0,002$), του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (SCL_90) ($P = 0,004$), του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL_90) ($P = 0,004$), της ανεξαρτησίας του οικογενειακού συστήματος (FES)

($P=0,002$), της παρανοειδούς εχθρότητας(H.D.H.Q) ($P=0,003$), και της σωματικής ντροπής (ESS) ($P=0,009$).

Πίνακας 7. Σημαντικές συσχετίσεις ψυχολογικών υποκλιμάκων μεταβλητών που αφορούν δείγμα ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης tau_b του Kendall.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ tau_b του KENDALL	ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ N=32	ΕΝΑΡΞΗ ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΥ N=32	ΠΛΗΘΟΣ ΕΡΩΤΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ N=32
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ (SCL-90)			-,305*
ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΣΜΟΣ (SCL-90)	,262 ^{MS}	,275*	-,480***
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ (SCL-90)		,296*	-,306*
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (SCL-90)			-,358*
ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ (SCL-90)	,378**	,295*	-,500***
ΑΝΟΡΕΞΙΑ (SCL-90)	,485**		
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ (SCL-90)			-,422**
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ (SCL-90)			-,335*
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ (SCL-90)			-,458**
ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (SCL-90)			-,407**
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (SCL-90)			-,593***
ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (SCL-90)			-,360*
ΠΑΡΑΝΟΡΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ (H.D.H.Q)		,329**	-,454**
ΕΝΟΧΗ (H.D.H.Q)	,294*	,304**	
ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (FES)			,492**
ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΕΜΦΑΣΗ (FES)	,369*		
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (FES)	,342*	,300**	
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΟΤΑΝ ΚΑΝΕΙ ΛΑΘΗ (MISTAKES - OAS)	,373**	,298*	
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (TOTAL OAS)	,286*		
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΤΡΟΠΗ (BODILY SHAME – ESS)	,305*	,309*	-,411**

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του πλήθους των ερωτικών συντρόφων των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία και της κατάθλιψης (SCL_90) ($P = 0,013$), της σωματοποίησης (SCL_90) ($P = 0,035$), της επιθετικότητας (SCL_90) ($P = 0,037$), του φοβικού άγχους (SCL_90) ($P = 0,030$), του συνόλου θετικών συμπτωμάτων (SCL_90) ($P = 0,011$), και της ενοχής (SCL_90) ($P = 0,025$).

Πίνακας 8. Σημαντικές συσχετίσεις κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων μεταβλητών που αφορούν δείγμα ατόμων με στυτική δυσλειτουργία με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης tau_b του Kendall.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ tau_b του KENDALL	ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ N=32	ΕΝΑΡΞΗ ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΥ N=32
ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ		,636 ***
ΠΛΗΘΟΣ ΕΡΩΤΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	-,274 ^{MS}	-,294*
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	,446 **	,367*
ΠΛΗΘΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	,339*	
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ	-,464***	-,379**

7. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

7.1. Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από την παρούσα κατάσταση της ζωής τους και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες της στυτικής δυσλειτουργίας.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της στυτικής δυσλειτουργίας. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση της στυτικής δυσλειτουργίας στην ψυχική υγεία ή της ψυχικής υγείας στη στυτική δυσλειτουργία θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού ατόμων με στυτική δυσλειτουργία, σε χρονικό διάστημα πριν τη στυτική δυσλειτουργία και η αξιολόγησή τους σήμερα, εν τω μέσω του προβλήματος της στυτικής δυσλειτουργίας, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της στυτικής δυσλειτουργίας και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμα της.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της ψυχικής υγείας και της στυτικής δυσλειτουργίας. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι η στυτική δυσλειτουργία είναι η αιτία ψυχολογικών προβλημάτων ή το αντίστροφο.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των ατόμων κατά τον παρόντα χρόνο και έχοντας πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας

η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως επέδρασαν στην εμφάνιση του προβλήματος της στυτικής δυσλειτουργίας, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

7.2. Το προφίλ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία.

Από το δείγμα των ατόμων της έρευνας μόνο ένας καταγόταν από χωριό/κωμόπολη, οι 20 από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 11 από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων. Οι 24 (ποσοστό 75,0%) από τα άτομα του δείγματος βρίσκονται σε έγγαμη κατάσταση, οι 3 (ποσοστό 9,4%) είναι μόνοι τους, οι 3 (ποσοστό 9,4%) δήλωσαν πως βρίσκονται σε σχέση και οι 2 (ποσοστό 3,7%) απάντησαν πως είναι με πολλαπλούς συντρόφους. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος 30 άτομα (ποσοστό 93,8%) έχουν αδέρφια και οι 20 από τους 32 (ποσοστό 62,5%) έχουν αποκτήσει παιδιά. Το προφίλ των ατόμων του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

7.3. Τα Επίπεδα Ψυχοπαθολογίας των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα από τον υγιή ανδρικό πληθυσμό, όπως αυτά μετρώνται με την κλίμακα SCL-90 (Derogatis, 1977) και διαπιστώθηκαν από την στάθμιση του ερωτηματολογίου σε ελληνικό δείγμα από τον Ντώνια και συν. (1991). Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα της διαπροσωπικής ευαισθησίας των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία είναι $6,09 \pm 7,47$ ενώ τα επίπεδα της διαπροσωπικής ευαισθησίας των υγιών ανδρών είναι $8,36 \pm 6,24$. Τα επίπεδα της κατάθλιψης των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία είναι $10,69 \pm 10,79$ ενώ τα επίπεδα της κατάθλιψης των υγιών ανδρών είναι $11,34 \pm 8,75$. Τα επίπεδα του άγχους των ατόμων με

στυτική δυσλειτουργία είναι $6,47 \pm 8,98$ ενώ τα επίπεδα του άγχους των υγιών ανδρών είναι $7,32 \pm 6,66$. Τα επίπεδα του ψυχωτισμού των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία είναι $4,75 \pm 6,21$ ενώ τα επίπεδα του άγχους των υγιών ανδρών είναι $6,09 \pm 6,83$, και τέλος τα επίπεδα του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90 των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία είναι $35,59 \pm 22,33$ ενώ τα επίπεδα του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90 των υγιών ανδρών είναι $38,04 \pm 20,21$.

7.4. Τα Επίπεδα Εχθρότητας των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία

Για την *επίκριση των άλλων (criticism of others)* οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $6,53 \pm 2,06$. Η μέση φυσιολογική τιμή της επίκρισης των άλλων κυμαίνεται στο $5,32 \pm 2,90$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη εχθρότητα.

Για την *παρορμητική εχθρότητα (acting-out hostility)* οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $4,81 \pm 2,47$. Η μέση φυσιολογική τιμή της παρορμητικής εχθρότητας κυμαίνεται στο $3,53 \pm 1,53$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν., 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη παρανοειδή εχθρότητα.

Για την *παρανοειδή εχθρότητα (paranoid hostility)* οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $2,09 \pm 2,30$. Αυτή η υποκλίμακα αναφέρεται στην καχυποψία και σε διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας. Η μέση φυσιολογική τιμή της παρανοειδούς εχθρότητας κυμαίνεται στο $2,71 \pm 1,88$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη παρανοειδή εχθρότητα.

Για την *αυτοεπίκριση (self-criticism)* οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $3,34 \pm 1,91$. Η μέση φυσιολογική τιμή της αυτοεπίκρισης κυμαίνεται στο $3,00 \pm 1,68$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη αυτοεπίκριση.

Για την *ενοχή (Guilt)* οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $2,03 \pm 1,28$. Η μέση φυσιολογική τιμή της ενοχής κυμαίνεται στο $1,93 \pm 1,36$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη εχθρότητα.

Για την *εξωστρεφή εχθρότητα (Extrapunitiveness)*, που αποτελεί το άθροισμα της επίκρισης των άλλων, της παρορμητικής και παρανοειδούς εχθρότητας, οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $13,44 \pm 5,54$. Η μέση φυσιολογική τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας κυμαίνεται στο $11,58 \pm 4,90$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη εξωστρεφή εχθρότητα.

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα (Intrapunitiveness)*, που αποτελεί το άθροισμα της αυτοεπίκρισης και της ενοχής, οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $5,38 \pm 3,06$. Η μέση φυσιολογική τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας κυμαίνεται στο $5,97 \pm 2,95$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη ενδοστρεφή εχθρότητα.

Για την *ολική εχθρότητα (Total hostility)*, που αποτελεί το άθροισμα της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας, οι μέσες τιμές για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $18,81 \pm 7,72$. Η μέση φυσιολογική τιμή της ολικής εχθρότητας κυμαίνεται στο $17,55 \pm 6,56$ για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα είχαν αυξημένη εχθρότητα.

7.5. Τα Επίπεδα Εξωτερικής Ντροπής των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία

Η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής (*OAS total*) για την ομάδα των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία ήταν $19,88 \pm 13,09$. Η μέση φυσιολογική τιμή της εξωτερικής ντροπής στον ελληνικό πληθυσμό είναι $17,74 \pm 9,02$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής στα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν κατά 2 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή στην Ελλάδα (Πάσχου, 2007).

Από τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα της εξωτερικής ντροπής, όπως μετράται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία. Η στυτική δυσλειτουργία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ασθένεια και την ελλειμματικότητα του ατόμου, συνθήκες που συνδέονται με το στιγματισμό καθώς και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001). Οι παράγοντες αυτοί έχει βρεθεί πως οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη (Gilbert, 2003) και την ντροπή (Shweder, 2003; Cohen, 2003).

Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες συνδέουν την εξωτερική ντροπή με το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή την εικόνα των άλλων για το άτομο και την κρίση τους για τα ελαττώματά του και τις απορριπτικές πλευρές του εαυτού του (Gilbert, 1998; Heller, 2003).

7.6. Τα Επίπεδα Εσωτερικής Ντροπής των Ατόμων με Στυτική Δυσλειτουργία

Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (*ESS total*) για την ομάδα των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία ήταν $42,75 \pm 10,63$. Η μέση φυσιολογική τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή στον ελληνικό πληθυσμό είναι $47,09 \pm 13,69$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα του φυσιολογικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εσωτερικής ντροπής στα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν περίπου κατά 5 μονάδες μικρότερη από τη μέση φυσιολογική τιμή στην Ελλάδα.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύονται τα χαμηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, όπως αυτή μετράται με το ESS (των Andrews, Qian και Valentine, 2002), στα άτομα με στυτική δυσλειτουργία. Η στυτική δυσλειτουργία, όπως επισημάνθηκε, παρόλο που συνδέεται με συνθήκες όπως είναι η ελλειμματικότητα του ατόμου και η ασθένεια (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001) δεν παρατηρείται να επιδρά στην τάση για ντροπή του ατόμου. Η αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων, είναι ένα συναίσθημα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη-ελκυστικούς και ανεπιθύμητους (Gilbert, 1998), αλλά η στυτική δυσλειτουργία είναι ένα χαρακτηριστικό που δεν παρατηρείται από τους άλλους ανθρώπους παρά μόνο από τον σεξουαλικό σύντροφο. Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία, και εδώ, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος, αλλά στην περίπτωση της στυτικής δυσλειτουργίας κάτι τέτοιο μπορεί να κρύβεται και να μη φανερώνεται στους άλλους. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία, μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος» (Pinel, 1999). Καθώς το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή η κρίση της κοινότητας, συχνά εσωτερικοποιείται, ακόμη και όταν το άτομο δεν κρίνεται από κάποιον εξωτερικό κριτή, το «βλέμμα του άλλου» και οι συνέπειές του είναι παρόντα (Heller, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα αυτό, και ακόμη είναι φαίνεται να είναι σύμφωνο με τα ευρήματα άλλων

μελετητών που έχουν διαπιστώσει ότι, η αξιολόγηση του εαυτού από τον εαυτό και η αξιολόγησή του από τους άλλους συνδέονται (Goss et al, 1994).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση των ατόμων για ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή, όπως συμβαίνει με άλλα εργαλεία μέτρησης της ντροπής), και υπολογίζει την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

7.7. Τα επίπεδα των οικογενειακών σχέσεων και του οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία

Για τη *συνοχή (Cohesion)* η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $7,28 \pm 1,09$. Η συνοχή δεν βρέθηκε να λαμβάνει υψηλές τιμές κατάσταση που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση, που θεωρούσε ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία δεν θα παρουσίαζαν οικογενειακή δυσλειτουργία (πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή συνοχή), η συνοχή, δηλαδή, των οικογενειών θα εμφανιζόταν με αυτές τις ακραίες διακυμάνσεις. Η τιμή της συνοχής για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6 έως 7 και είναι στα ίδια επίπεδα με τις τιμές για τη συνοχή σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για την *έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness)*, η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $5,79 \pm 1,29$. Η τιμή της έκφρασης των συναισθημάτων για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και είναι στα ίδια επίπεδα με τις τιμές για την έκφραση του συναισθήματος σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για τη *σύγκρουση (Conflict)*, η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $1,14 \pm 1,22$, μέση τιμή αρκετά χαμηλότερη από αυτή που παρατηρήθηκε σε άλλα δείγματα φυσιολογικού πληθυσμού. Η τιμή της σύγκρουσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 2,5 έως 4 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της σύγκρουσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $2,1 \pm 2,2$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για την *ανεξαρτησία (Independence)*, η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $6,45 \pm 1,53$. Η τιμή της ανεξαρτησίας για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6,5

έως 7 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της ανεξαρτησίας που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $6,0 \pm 1,3$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για τον προσανατολισμό που υπάρχει στην οικογένεια για επιτεύγματα (Achievement Orientation), η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $6,93 \pm 1,58$. Η τιμή της προσανατολισμού για επιτεύγματα για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $6,9 \pm 7,2$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για τον προσανατολισμό της οικογένειας για ενεργό ψυχαγωγία (Active-Recreational Orientation), η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $5,45 \pm 1,62$, υψηλότερη από τα επίπεδα που παρατηρήθηκαν σε ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού. Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $4,6 \pm 5,8$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για τον προσανατολισμό της οικογένειας για πολιτισμό και διανοήση (Intellectual - Cultural Orientation) η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $6,59 \pm 1,52$, υψηλότερη από τα επίπεδα που παρατηρήθηκαν σε ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού. Η τιμή του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανοήση για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $5,3 \pm 5,8$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για την ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $5,21 \pm 1,57$, υψηλότερη από τα επίπεδα που παρατηρήθηκαν σε ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού. Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5,5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα τόσο με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $4,4 \pm 5,3$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για την οργάνωση (Organization) του οικογενειακού συστήματος η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $6,28 \pm 1,25$. Η τιμή της οργάνωσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές της οργάνωσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $6,1 \pm 7,2$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Για τον έλεγχο (*Control*) του οικογενειακού συστήματος η μέση τιμή για τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία ήταν $5,24 \pm 1,64$, υψηλότερη από τα επίπεδα που παρατηρήθηκαν σε ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού. Η τιμή του ελέγχου για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές του ελέγχου που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού $4,7 \pm 5$ σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα.

Από τα παραπάνω ευρήματα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία προέρχονται από οικογενειακό περιβάλλον με αυξημένα επίπεδα ελέγχου, θρησκευτικότητας, προσανατολισμού προς πολιτιστικές δραστηριότητες και ψυχαγωγία καθώς και χαμηλά επίπεδα σύγκρουσης. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Foster & Hoier καθώς και του Ackerman, οι οποίοι αναφέρουν ότι η καταπίεση της άμεσης συναισθηματικής έκφρασης από γενιά σε γενιά περιπλέκει περαιτέρω την δυναμική του οικογενειακού συστήματος και παρεμποδίζει την υγιή λεκτική έκφραση των συγκρούσεων, κατάσταση που εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η τάση της οικογένειας για κοινωνική συμμόρφωση, η οποία επιλέγει τη νομιμότητα της σωματικής ασθένειας για να εκφράσει τις συγκρούσεις και τα προβλήματά της (Tarr & Picker, 1999).

7.8. Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία ως προς την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής

Όπως παρατηρήθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία διαφέρουν ως προς την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής τους ζωής. Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα άτομα που ξεκίνησαν αργά τη σεξουαλική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της ψυχοπαθολογίας, σε όλες τις υποκλίμακες της εχθρότητας καθώς και στην εσωτερική και εσωτερική ντροπή.

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα από τον υγιή ανδρικό πληθυσμό, ιδιαίτερα στις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης, του άγχους, του ψυχωτισμού και των επιπέδων του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90.
- Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και πιο συγκεκριμένα, υψηλά επίπεδα *επίκρισης των άλλων (criticism of others)*, *παρορμητικής εχθρότητας (acting-out hostility)*, *ενοχής (Guilt)*, *εξωστρεφούς εχθρότητας (Extrapunitiveness)*,
- Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής (*OAS total*)
- Τα άτομα με στυτική δυσλειτουργία εμφανίζουν *χαμηλά επίπεδα* τάσης για ντροπή, δηλαδή εσωτερική ντροπή (*ESS total*).

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το άγχος και την κατάθλιψη των ατόμων με στυτική δυσλειτουργία, καθώς και τις ανάγκες που τους δημιουργούνται από τη στυτική δυσλειτουργία. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα άτομα να αισθάνονται περισσότερη ή λιγότερη ντροπή. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής συμβουλών για τη στυτική δυσλειτουργία. Πρώτα απ' όλα, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία και αξία των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας για τα προβλήματα της στυτικής δυσλειτουργίας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ως προς την πορεία της στυτικής δυσλειτουργίας, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις της στυτικής δυσλειτουργίας στην πορεία της ψυχοσωματικής τους υγείας καθώς και στις οικογενειακές σχέσεις τους, στην ψυχοπαθολογία, στα επίπεδα εχθρότητας και αισιοδοξίας, στην πνευματικότητα, στους τρόπους διαχείρισης της στυτικής δυσλειτουργίας. Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του οικογενειακού πλαισίου στην πορεία της στυτικής δυσλειτουργίας σαν έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η μελέτη θα

συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στην εξέλιξη και πορεία μιας σεξουαλικής προβληματικής.

Πιστεύουμε ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της στυτικής δυσλειτουργίας τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με ένα καλύτερο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης της στυτικής δυσλειτουργίας με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας υγείας στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως τα άτομα με προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Η μόνη ελπίδα, ίσως, βρίσκεται σε μια πρωτοβάθμια φροντίδα στη βάση μιας διεπιστημονικής συνεργασίας.

Βιβλιογραφία

- **Ackerman, N.W.** (1984). *A theory of family systems*. New York: Gardner Press Inc. p: 16.
- **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Allan, S., Gilbert, P., Goss, K.** (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719- 722.
- **Andersson KE & Wagner G.** (1995). Physiology of penile erection. *Physiol Rev* 1995 75:191-236.
- **Andrews, B** (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
- **Andrews, B.** (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
- **Andrews, B.** (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- **Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D.** (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
- **Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ.** (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int*; 84 (1) 50-6
- **Aytac IA, McKinley J, Krane RJ.** (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int*, 84: 50-56.
- **Berne, R.M. & Levy M.N.** (2004). *Αρχές Φυσιολογίας*. (3 έκδοση),(τομος II, Μέρος VIII). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- **Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R.** (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46- 76).
- **Burnett AL.** (1995). Role of nitric oxide in the physiology of erection. *Biol Reprod*, 52:485-9.

- **Caine, T.M., Foulds G.A. & Hope K.** (1967) *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
- **Cohen, D, Vandello, J. & Rantilla, A.K.** (1998). The Sacred and the Social; Cultures of Honor and Violence. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 261- 282.
- **Cohen, D.** (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1075- 1108.
- **Derogatis, L.R.** (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- **Derogatis, L.R.** (1993). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Computer Systems, Inc, Minneapolis, MN.
- **Economou, M. & Angelopoulos, N.V.** (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.*, vol. 9(4), p. 331-337.
- **Erickson, G.D. & Hogan, T.P.** (1972). *Family therapy: An introduction to theory and technique*. Monterey, CA: Brooks/Cole. p: 49.
- **Feldman HA, Goldstein, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB.** Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 1994, 151 (1); 54-61.
- **Foster, S.L & Hoier, T.S.** (1982). Behavioral and systems family therapies: A comparison of theoretical assumptions. *American Journal of Family Therapy*. 10(3), 13-23.
- **Gilbert P.** (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
- **Gilbert, P. & Andrews, B.** (1998). *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
- **Gilbert, P. & McGuire M.T.** (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
- **Gilbert, P.** (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.

- **Gilbert, P.** (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
- **Gilbert, P., Allan, S.** (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585- 598.
- **Gilbert, P., Allan, S., Goss, K.** (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
- **Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V.** (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117- 1127.
- **Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C.** (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124- 133.
- **Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C.** (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.
- **Gilbert, P., Miles, J.N.V.** (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
- **Gilligan, J.** (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
- **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
- **Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2013). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care*, (accepted).
- **Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).

- **Heller, A.** (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
- **Hollander, J.** (2003). Honor Dishonorable: Shameful Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1061- 1074.
- **Kurzban, R., Leary, M.** (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187- 208.
- **Liakos, A.** (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression*. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
- **Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C.** (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- **Lue TF.** *Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction and priapism*. In :Walsh PC, Retik AB, Vaughn ED, Wein AJ, eds. Campbell's urology. 7th ed.
- **Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J.** (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.
- **Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I.** (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, 95 (1) p 129-142.
- **Madianos, M. & Madianou, D.** (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
- **Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A.** (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
- **Moos, R. & Moos, B.** (1986). *Family environment Scale Manual*. Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.
- **Musicki B, Champion HC, Becker RE, Liu T, Kramer MF, Burnett AL.** (2005). Erection capability is potentiated by long term sildenafil treatment: role of the blood flow induced endothelial nitric oxide synthase phosphorylation. *Mol Pharmacol*, 68 (1): 226-32
- **NIH** (1993). Consensus Conference Impotence. *JAMA* 1993; 270: 83-90.
- **NIH** (1993). Consensus Conference. Impotence NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*, 270 (1) : 83-90
- **Olson, D.** (1983). *Families: what makes them work*. London: Sage Publications. Philadelphia: Saunders, 1998: 1157-79.

- **Pinel, E.** (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 76, p. 114
- **Rajfer J, Aronson WJ, Bush PA, Dorey FJ, Ignarro LJ.** Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission. *N Engl J Med* 1992 326: 90-4.
- **Sedgewick, R.** (1974). The family as a system. A network of relationships. *Journal of Psychiatric Nursing*. 12(2): 17-20.
- **Shweder, R.A.** (2003). Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1109- 1130.
- **Tangney, J.P., Dearing, R.L.** (2002). Shame and Guilt. The Guilford Press, New York, London.
- **Tarr, J. & Picker R.H.** (1999). Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 16(1): 44-50.
- **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.
- **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.
- **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- **Δαφέρμος, Β.** (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- **Ιωαννίδης, Ι.Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- **Μάτσα, Κ.** (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος*. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
- **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
- **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993).** *Στατιστική - Επαγγελματική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.

- **Πάσχου, Α.** (2007). *Το συναίσθημα της ντροπής στον πόνο*. Διπλωματική Μελέτη στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Αντιμετώπιση του Πόνου», Παν/μιο Ιωαννίνων.
- **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

INTERNET

- <http://e-psychology.gr/relations-sexual-disorders/534-psychogenhs-stytikh-dysleitourgeia>