

The background is an abstract painting composed of various geometric shapes like triangles, squares, and rectangles in shades of brown, tan, and grey. A central figure, possibly a woman, is depicted in a cubist style, with angular features and a head tilted back. The overall composition is dynamic and layered.

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ
ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Στάμος Παπαστάμου : Επιβλέπων

Γεράσιμος Προδρομίτης : Μέλος

Κλαίρη Συνοδινού : Μέλος

ΜΑΥΡΟΓΕΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΑΘΗΝΑ 2009

Ευχαριστίες

Καμμιά γνώση δεν είναι αντικειμενική. Η αλήθεια της γνώσης πηγάζει απο την «πραγματικότητα» των δρώντων υποκειμένων και την πρόθεση του ερευνητή να την φάξει.

Η διαδικασία εκπόνησης διδακτορικής διατριβής απαιτεί χρόνο και συνεχή εγρήγορση ώστε η σύνθεση του αποθέματος των γνώσεων, της αντίληψης και της κρίσης του υποψηφίου να καταλήξει σε συμπέρασμα ικανό να προάγει την επιστημονική σκέψη. Μεγάλη η φιλοδοξία. Μεγάλες όμως και οι απαιτήσεις για την ολοκλήρωσή της.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κύριο Στάμο Παπασταμόν, Καθηγητή και Πρόεδρο του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, κύριο Ν. Χρηστάκη και κυρία Κ. Συνοδινού καθώς και το γνωστό γυναικολόγο κύριο Κωνσταντίνο Πάντο, ο οποίος ασχολείται με την εφαρμογή των νέων μεθόδων αναπαραγωγής, για την ευκαιρία και τη δυνατότητα που μου έδωσαν να ερευνήσω το θέμα της υπογονιμότητας.

Επίσης, η πολύτιμη συνεργασία των Διευθυντών και των Προϊσταμένων των Τμημάτων Εξωσωματικής Τονιμοποίησης στο Γ.Ν.Α. «Έλενα Βενιζέλου» (κύριος Γιαννακόδημος Γ. και Κυρία Κουλουμέντα Φ.), στο ΙΑΣΩ (κύριος Κοντόπουλος Β. και κυρία Μηλιάνη Γ.), στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» (κύριος Λουτράδης Α. και κυρία Σαραντάκη Μ.) και τέλος το Κέντρο Ανθρώπινης Αναπαραγωγής (Κύριος Πάντος Κ. και Παπαδάτου Α.), συνέβαλε στην πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της διατριβής.

Η συμβολή της Αθανασίας Βενιέρη και της Παναγιώτας Βουρνά στελέχη στο ΙΑΣΩ και στο Γ.Ν.Α. «Έλενα Βενιζέλου» ήταν σημαντική στη λήψη της σχετικής έγκρισης απο το ΔΣ των αντίστοιχων φορέων σχετικά με τη διάθεση των ερωτηματολογίων σε γυναίκες οι οποίες είχαν απευθυνθεί στις αντίστοιχες κλινικές.

Τέλος, η κατανόηση, η συμπάθεια, η πρακτική βοήθεια απο την μητέρα μου Αλεξάνδρα Κυράνη, τον αδερφό μου Εμμανουήλ Μαυρογένη καθώς και απο το συγγενικό, φιλικό και επαγγελματικό μου περιβάλλον, με βοήθησε στο να αντεπεξέλθω συναισθηματικά και ψυχικά στη διαδικασία αυτή της εκπόνησης της διατριβής.

Και βέβαια, δεν μπορώ να παραλείψω τα δύο αγαπημένα μου «πλάσματα» τα οποία βρίσκονται σε τρυφερή ηλικία, το βαπτισμιό μου Άγγελο Μασάλι και την ανιψιά μου Βενετία Μαυρογένη για την αισιοδοξία και τη δύναμη που συνεχώς με γεμίζουν ώστε να εκπληρώνω τους στόχους μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....3

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ.....7

Α.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ.....7

Α.2 ΣΥΛΛΟΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ.....12

Α.3 ΕΠΙΣΤΗΜΗ, ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΝΩΣΗ..... 15

Α.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SERGE MOSCOVICI.....19

Α.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ.....23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β: ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....37

Β.1 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....37

Β.2 ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ: Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ.....46

Β.2.1 ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....46

Β.2.2 ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ (ΙΥΤ)..... 50

Β.3 ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΥΤ.....54

Β.4 ΕΥΤΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ-ΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....62

Β.5 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....75

Γ.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ.....76

Γ.2.1 Η ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΔΕΑΤΗ ΜΟΡΦΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ-

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....80

Γ.2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....80

Γ.2.2 ΤΑΜΟΣ.....86

Γ.3 ΚΟΙΝΩΝΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....92

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....102

Δ.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....102

Δ.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....108

Δ.2.1 ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....108

Δ.2.2 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ.....109

Δ.2.2.1 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.....109

Δ.2.2.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.....114

Δ.2.2.3 ΔΟΜΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.....115

Δ.2.2.4 ΑΝΤΙΠΑΡΑΣΕΙΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ.....115

Δ.2.2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.....116

Δ.2.2.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....141

Δ.2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....146

Δ.2.3.1 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-ΑΞΟΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....146

Δ.2.3.2 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-ΠΡΟΕΡΕΥΝΑ.....152

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	156
Ε.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΙΤΜΑΤΟΣ.....	156
Ε.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	160
Ε.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....	176
Ε.3.1 ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	176
Ε.3.2 ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	185
Ε.3.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	192
Ε.3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	197
Ε.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ.....	201
Ε.4.1 ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΤΕΝΝΗΤΙΣΜΟΥ (PRONATALISM).....	201
Ε.4.2 ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	211
Ε.4.3 ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.....	215
Ε.4.4 ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	220
Ε.4.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΤΟΝΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	223
Ε.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΤΟΝΤΩΝ.....	240
Ε.5.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΤΟΝΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.....	240
Ε.5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΤΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	245
Ε.6 ΑΝΑΛΥΣΗ.....	250
Ε.7 ΕΥΘΥΝΗ ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΑΤΟΜΟ-ΖΕΥΓΑΡΙ.....	258
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	267
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	286
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ- ΣΧΕΔΙΑΤΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	302
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	303
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	305

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα –ή στειρότητα όπως την ονόμαζαν στο παρελθόν-, δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο. Στους αρχαίους χρόνους, οι θεότητες του γάμου, της εγκυμοσύνης και του τοκετού λατρεύονταν σε πολλά σημεία της γης εξαιτίας της σημαντικότητας της τεκνοποίησης στο ζευγάρι. Στην αρχέγονη και αρχαιοελληνική φαντασίωση υπήρχε συσχέτιση της σποράς με το σπέρμα. Επίσης, παρατηρείται μια μεταφορά της γονιμότητας στη γεωργία και στη φύση, με τη γονιμότητα στον άνθρωπο. Η απόδοση δε, των αιτιών της στειρότητας κατευθυνόταν σε εξωγενείς παράγοντες όπως για π.χ. σε βασκανίες.

Η υπογονιμότητα, η αποτυχία σύλληψης έπεται από κανονικές σεξουαλικές επαφές χωρίς τη χρήση αντισύλληψης, δεν εστιάζεται μόνο στη βιολογική κατάσταση των ατόμων, στη φυσική τους δηλαδή ικανότητα να αναπαράγουν, αλλά και στη ψυχολογική προτίμηση προς την κατεύθυνση αυτή.

Οι απόψεις του προγεννητισμού (pronatalism) οι οποίες έχουν διεισδύσει στις δυτικές κοινωνίες και οι οποίες ενθαρρύνουν την αναπαραγωγή επηρεάζονται από την αποδοχή των κοινωνικών κανόνων του να επιθυμείς και να έχεις παιδιά.

Η λειτουργία της οικογένειας και ο σκοπός του γάμου τίθενται σε αμφισβήτηση με την υπογονιμότητα. Η ευρύτερη κοινωνία αναμειγνύεται στην εμπειρία της υπογονιμότητας και σχετίζεται με την ιδεατή μορφή της οικογενειακής ζωής. Με τον τρόπο αυτό, διαφαίνεται η κοινωνική σημασία της υπογονιμότητας.

Ο αρνητικός αντίκτυπος της υπογονιμότητας εξαιρεί το υπογόνιμο ζευγάρι από το να είναι μέρος της κοινότητας των γονέων, αλλά και την υπογόνιμη γυναίκα από το να αποτελεί μέρος της ομάδας των γόνιμων γυναικών.

Η μητρότητα, η οποία ενισχύεται από τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς θεσμούς, αποτελεί τη βάση για τη ψυχολογική και κοινωνική ύπαρξη της γυναίκας. Συνεπώς, η υπογονιμότητα επηρεάζει και την ταυτότητα των ατόμων αλλά κυρίως των γυναικών.

Επιπρόσθετα, η κοινωνία αναμειγνύεται στην εμπειρία της υπογονιμότητας και με την αναπαραγωγική ιατρική. Το Δυτικό Ιατρικό Μοντέλο, έχει ήδη ιατρικοποιήσει την εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα στο όνομα της μείωσης της βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας. Στο θέμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης, της μορφής ιατρικής παρέμβασης προκειμένου η γυναίκα να συλλάβει και να τεκνοποιήσει-όχι όμως και να εξαλειφθεί η αιτία της

υπογονιμότητας- εγείρει ερωτήματα και προβληματισμούς τα οποία έχουν απασχολήσει διαφόρους κύκλους όπως είναι οι νομικοί, φιλοσοφικοί, θρησκευτικοί, ιατρικοί, κοινωνικοί και άλλοι. Οι διαστάσεις των νέων τεχνολογιών της αναπαραγωγής είναι πολλές και ποικίλες και δεν παρουσιάζεται ομοφωνία απόψεων από τους κοινωνικούς εταίρους.

Ως εκ τούτου, ο ορισμός της υπογονιμότητας δεν περιλαμβάνει μόνο στοιχεία της βιολογίας αλλά συνθέτει ένα ερμηνευτικό πλαίσιο για την κοινωνική υπόσταση του υπογόνιμου ατόμου ή ζευγαριού. Το αξιακό πλαίσιο της γυναίκας-μητέρας και ο ενστερνισμός των κοινωνικών κανόνων και αξιών φαίνεται να υπογραμμίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα υπογόνιμα άτομα και κυρίως οι γυναίκες ερμηνεύουν την υπογονιμότητα και προσλαμβάνουν την κοινωνική τους θέση.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, θεωρία της κοινωνικής σκέψης, αποτελούν κατά τον S. Moscovici, «ένα σύστημα αξιών, ιδεών και πρακτικών» του οποίου η λειτουργία είναι ο προσανατολισμός των ατόμων στον κοινωνικό κόσμο αλλά και η επικοινωνία μεταξύ των μελών της κοινότητας ενώ προβάλλουν ένα εργαλείο χειρισμού και ταξινόμησης των καινούριων φαινομένων και αλλαγών στα φαινόμενα τα οποία είναι ήδη γνωστά.

Η πρόσληψη της πραγματικότητας δεν αντιστοιχεί στην «αντικειμενική» αλλά στη «μεταμορφωμένη» διάστασή της, η οποία αποτελεί και πραγματικότητα των ίδιων των ατόμων.

Οι εξηγήσεις οι οποίες δίνονται στο θέμα της υπογονιμότητας πλαισιώνονται από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις και δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι οι κοινές πεποιθήσεις έχουν κοινωνική θεμελίωση και δεν αντιμετωπίζονται ως λάθη ή μεροληψίες.

Επιπρόσθετα, οι στάσεις των υποκειμένων αποτελούν «διαστάσεις κρίσης» και αναπαριστούν μια υποκειμενική θέση σε ένα συγκεκριμένο ή αφηρημένο αντικείμενο ή σκέψη. Οι αξιολογήσεις, οι οποίες απορρέουν από τις στάσεις και οι οποίες προσυπογράφονται από το άτομο, θα πρέπει να ενσωματωθούν στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Τέλος, οι θεωρίες της κοινωνικής απόδοσης προσδιορίζουν την κοινωνική διαδικασία της κατηγοριοποίησης και της διαφοροποίησης των ατόμων και παράλληλα αναγνωρίζουν τον κοινωνικό τους ρόλο, ως αξιόπιστος οδηγός κρίσης και δράσης, στην κατάσταση των σχέσεων και των συμπεριφορών.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν έχουν στατικό χαρακτήρα αλλά δυναμικό. από τη μια πλευρά, τα άτομα έχουν διαφορετικούς ρόλους στην κοινωνική διαδικασία της κατασκευής, της επεξεργασίας και του μοιράσματος μιας αναπαράστασης. από την άλλη πλευρά, οι δεδομένες ιστορικές στιγμές διαμορφώνουν τις διαθέσιμες γνωστικές επιρροές. Συνεπώς, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αποτελούν διαμεσολαβητικό πλαίσιο των κοινωνικών μηνυμάτων και τη συστατική βάση για τη δόμηση της ταυτότητας.

Σχετικά με το θέμα της υπογονιμότητας, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών εστιάζεται στην αποτύπωση των ψυχολογικών αντιδράσεων που προκαλεί η διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά και η ακολουθία της ιατρικής παρεμβατικής τεχνολογίας (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή), στη διερεύνηση των νομικών προεκτάσεων αλλά και των ηθικών και κοινωνικών προβληματισμών οι οποίοι εγείρονται και προκαλούνται από τις κοινωνικές συνθήκες.

Η παρούσα έρευνα, στοχεύει στη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών για την υπογονιμότητα. Η «φωνή» των γυναικών αυτών αναμένεται να σηματοδοτήσει τη σχέση τους με την κοινωνία μέσα από την κοινωνική εμπειρία της υπογονιμότητας.

Η μελέτη των πτυχών της υπογονιμότητας προσδιορίζουν το πλαίσιο αναφοράς των κοινωνικών αναπαραστάσεων των γυναικών για την υπογονιμότητα καθώς και των ερμηνειών της. Η μελέτη της σημασίας, όμως, της υπογονιμότητας και των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής για τις γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών, επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αυτές αναπαριστούν την πραγματικότητα της υπογονιμότητας. Η τελευταία αποτελεί τον «πραγματικό κόσμο» των γυναικών αυτών και παρουσιάζει τη δόμησή του. Δια μέσου των κοινωνικών αναπαραστάσεων έχουμε τη δυνατότητα να αποκτήσουμε πρόσβαση στις ερμηνείες και στις πεποιθήσεις που υπάρχουν στην κοινωνία. Παράλληλα όμως, η αλληλεπίδραση της πρόσληψης της κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των γυναικών κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τη θεωρητική βάση της εργασίας. Αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων αλλά και τη σχέση αυτής με θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τη βιβλιογραφία για την υπογονιμότητα αλλά και τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής,

κυρίως όμως της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η προσθήκη της αποτύπωσης της ελληνικής πραγματικότητας κρίθηκε σκόπιμη προκειμένου να αποτελέσει το ερμηνευτικό πλαίσιο των αναπαραστάσεων για την υπογονιμότητα και τη χρήση των τεχνολογιών αναπαραγωγής. Το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσει την κοινωνιοψυχολογική βάση της υπογονιμότητας στα πλαίσια των προσδιορισμών του γυναικείου φύλου και των συνδέσεων αυτών με την αναπαραγωγή μέσω του χριστιανικού δόγματος και του γάμου, ως γεγονός οικογενειακής ρύθμισης.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την έρευνα. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην προβληματική της έρευνας, στη διατύπωση των υποθέσεων καθώς και στα αποτελέσματα των συνεντεύξεων τα οποία συνδυαστικά με τη θεωρία οδήγησαν στη διαμόρφωση των αξόνων του ερωτηματολογίου. Το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ανοιχτών ερωτήσεων, των παραγοντικών αναλύσεων καθώς και των συσχετίσεών τους προκειμένου να εξαχθούν τα συμπεράσματα της εργασίας, τα οποία συνθέτουν και το καταληκτικό μέρος της εργασίας.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

Α 1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τους Παπαστάμου & Μαντόγλου (1995), ο Serge Moscovici – γάλλος κοινωνικός ψυχολόγος ρουμάνικης καταγωγής - με το έργο του *«Η ψυχανάλυση, η εικόνα της και το κοινό της»* (1961,1976) έθεσε τα θεμέλια των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Η θεωρία αυτή άσκησε τη μεγαλύτερη επιρροή στο χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας στον ευρωπαϊκό χώρο (Σ. Παπαστάμου, 2001).

Η αναφορά στις αναπαραστάσεις δεν είναι σύγχρονη εφόσον ο Durkheim (1898) έκανε το διαχωρισμό μεταξύ των συλλογικών και των ατομικών αναπαραστάσεων. Οι πρώτες αναφέρονται στις καθαρά λογικές και αμετάβλητες πνευματικές κατηγορίες όπως είναι η επιστήμη, η θρησκεία, οι μύθοι, η ιδεολογία και άλλες και δεν ανάγονται στο άθροισμα των αναπαραστάσεων των ατόμων που αποτελούν μια κοινωνία (Σ. Παπαστάμου 1993; Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Για τον Durkheim, η κοινωνία υπάρχει έξω και πάνω από τα άτομα, είναι ανώτερη και πιο ισχυρή από αυτά και έχει αντικειμενική υπόσταση. Η συλλογική συνείδηση είναι απαραίτητο στοιχείο της κοινωνικής συνοχής και αποτελεί το θεμέλιο της ανθρώπινης γνώσης και καθορίζει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο τρόπος που ενεργούν τα άτομα, δηλαδή ο τρόπος που δρουν, που σκέφτονται και αισθάνονται δε σχετίζεται με τις ατομικές ιδιορρυθμίες αλλά έχει χαρακτήρα αναγκαστικό (Δ. Τσαούσης, 1985).

Η έννοια της αναπαράστασης είναι συλλογική (collective) διότι δομείται στην κοινότητα όπου και μοιράζεται ομοιόμορφα σε όλα τα μέλη της και κοινοτική (communal) στο βαθμό που έχει μοιραστεί από διάφορες γενεές ατόμων και συνεπώς ασκεί πίεση πάνω τους, όπως συμβαίνει σε όλες τις κοινωνικές συνθήκες. Πρόκειται για μια μοναδική αναπαράσταση η οποία σχετίζεται με μια ομάδα όπου καμιά άλλη αναπαράσταση δεν υπερσχύει. Το γεγονός αυτό παρουσιάζει τον έκδηλο στατικό χαρακτήρα της συλλογικής αναπαράστασης και της σύνδεσής της με την κλειστή κοινωνία (S. Moscovici, 1988).

Ο Durkheim στηρίζει το κοινωνιοκεντρικό χαρακτήρα των συλλογικών αναπαραστάσεων και τον ατομικιστικό χαρακτήρα της επιστήμης. Ο Moscovici (1998) παραθέτει ένα απόσπασμα από τον Piaget ο οποίος γράφει για τον Durkheim:

“Εαν είναι ικανός να διατηρήσει δύο τόσο ασυμβίβαστες θέσεις, είναι φανερό γιατί, αντι να προχωρήσει στην ανάλυση των διαφορετικών τύπων των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, συνεχώς επανέρχεται στη συνολική γλώσσα της ολότητας (totality). Συνεπώς, προκειμένου να υποστηρίξει τη συλλογική φύση της αιτίας εναλλασσόταν μεταξύ δυο ειδών επιχειρημάτων, πολύ διαφορετικών στην ουσία, αλλά τα χρησιμοποιούσε ταυτόχρονα με το πρόσχημα αυτής της μη-διαφοροποιημένης έννοιας της κοινωνικής ολότητας ασκώντας περιορισμό πάνω στο άτομο” ([1965] 1995, σελ.72).

Σύμφωνα με τον Emile Durkheim, τον Αλσατό κοινωνιολόγο, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, περιλαμβανομένων των μύθων και της θρησκείας, ανεξάρτητα από την κουλτούρα στην οποία ανήκουν, είναι λογικές. (S. Moscovici [1998]2000a) “οτιδήποτε είναι κοινωνικό είναι και λογικό και οτιδήποτε είναι λογικό είναι και κοινωνικό» (σελ.211). Οι συλλογικές ή κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν μπορούν να εξηγηθούν από γεγονότα λιγότερο περίπλοκα από αυτά που επηρεάζουν την κοινωνική αλληλεπίδραση. Με άλλα λόγια δεν μπορούν να εξηγηθούν από γεγονότα της ατομικής ψυχολογίας ή από μερικές στοιχειώδεις-βασικές διαδικασίες.

Η συνέχεια των μορφών σκέψης από τις αρχαϊκές θρησκείες στις μοντέρνες επιστήμες υποδηλώνει την υπεροχή των αναπαραστάσεων στις πολιτισμένες κοινωνίες και των επιστημονικών αναπαραστάσεων σε σχέση με αυτές στις πρωτόγονες κοινωνίες και τις θρησκευτικές αναπαραστάσεις. Ο Lévy-Bruhl προσπάθησε να εξηγήσει την πνευματικότητα των αποκαλούμενων «πρωτόγονων» κοινωνιών με κοινωνικές αιτίες αντί ατομικών, αλλά και να απομυθοποιήσει την προνομιακή θέση της δυτικής σκέψης σε σχέση με άλλες μορφές σκέψης (S. Moscovici[1998]2000).

Ο Levy-Bruhl ([1925]1926), παρουσιάζει τον ολιστικό χαρακτήρα των αναπαραστάσεων σύμφωνα με τον οποίο κάθε ιδέα ή πίστη προϋποθέτει ένα μεγάλο αριθμό των άλλων με τον οποίο διαμορφώνει την όλη αναπαράσταση. Ο ολιστικός χαρακτήρας σημαίνει ότι το εννοιολογικό περιεχόμενο της κάθε ιδέας εξαρτάται από τις συνδέσεις της με άλλες ιδέες.

Επιπρόσθετα, η αναπαράσταση φαίνεται ότι αναμιγνύει στοιχεία συλλογικών συναισθημάτων τα οποία τη συνοδεύουν ή την προκαλούν και συνεπώς η κατηγοριοποίηση των διαφορετικών μορφών πεποιθήσεων ανάλογα με τη διανοητική ή γνωστική τους διάσταση δεν είναι σκόπιμη. Οι συλλογικές αναπαραστάσεις συνδυάζουν ιδέες και πιστεύω τα οποία είναι γενικά και τα συσχετίζει με τις πρακτικές ή τις πραγματικότητες οι οποίες αποτελούν ταυτόχρονα την εικόνα και το πλαίσιο της απεικόνισης του αντικειμένου. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα

όχι μόνο να παρουσιάζονται τα στοιχεία που συνυπάρχουν αλλά εκείνα τα οποία είναι μη-ορατά ή απόντα. Τέλος, καμιά αναπαράσταση δεν έχει προνομιακή σχέση και συνεπώς δε μπορεί να αποτελέσει κριτήριο αλήθειας και λογικής (S. Moscovici, 1998).

Οι συλλογικές αναπαραστάσεις είναι απροσπέλαστες στην εμπειρία διότι καθαγιάζονται από την εξουσία ή την παράδοση και συνεπώς τις προστατεύουν από την πληροφορία η οποία μπορεί να τις διαστρεβλώσει. Μπορεί τα μέλη μιας ομάδας να μην αντιμετωπίζουν την εμπειρία άμεσα αλλά μέσα από μοιρασμένες κατηγορίες και συναισθήματα. Με τον τρόπο αυτό παίρνουν τη μορφή των παραδειγμάτων τα οποία είναι δυσανάλογα μεταξύ τους. Επίσης, τα άτομα των προ-μοντέρνων πολιτισμών, δίνοντας προτεραιότητα στον νόμο της συμμετοχής, εξαλείφουν την αντίφαση και κρίνουν ως πανομοιότυπα αντικείμενα τα οποία είναι είτε οικεία είτε παρόμοια. Όσο αφορά τη γλώσσα, αυτή αποτελεί ένα σύστημα κοινωνικών αναπαραστάσεων η οποία αναπαράγει εικόνες αντικειμένων και προσώπων, κάθε κατάστασης ή κάθε αλλαγή αυτών. Για το λόγο αυτό, οι κουλτούρες παρουσιάζουν ένα πλούσιο λεξικό και ευλύγιστο, έτοιμο να διαμορφωθεί ανάλογα των εικόνων που αλλάζουν (S. Moscovici [1998]2000ε).

Παρουσιάζεται μια ασυνέχεια μεταξύ των «αρχαϊκών» και των σύγχρονων «πολιτισμένων» μορφών σκέψης. Οι άνθρωποι στις παραδοσιακές κουλτούρες έχουν ένα απλοϊκό και πιο «αρχαϊκό» τρόπο σκέψης από ότι αυτών στις σύγχρονες. Ο Levy-Bruhl θεωρεί τους αρχέγονους «προ-λογικούς» (pre-logical) όχι διότι είναι παράλογοι ή ανίκανοι να σκεφτούν όπως οι πολιτισμένοι αλλά διότι ακολουθούν έναν άλλο τρόπο σκέψης ο οποίος κατευθύνεται από τις μυστηριακές συλλογικές αναπαραστάσεις (S. Moscovici, 1998).

Ο Jean Piaget, ο Ελβετός ψυχολόγος δημιούργησε το δικό του επιστημολογικό κλάδο, τη γενετική επιστημολογία. Οι έρευνές του για την επιστήμη της γνώσης ήταν εξελικτικές και αφορούσαν τις διαδικασίες μετασχηματισμού της γνώσης κατά τη διάρκεια της ατομικής ανάπτυξης. Για τον γνωστικό-εξελικτικό ψυχολόγο, η εξέλιξη συντελείται στο πλαίσιο μιας εξελικτικής ακολουθίας σταδίων ποιοτικά διαφορετικών μεταξύ τους ενώ η αυξανόμενη πολυπλοκότητά τους αποτελεί ουσιαστικό γνώρισμά τους (N. Salkind, 1991).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όσο τα άτομα γίνονται αυτόνομα τόσο οι αναπαραστάσεις διαφοροποιούνται και είναι ανοικτές στην κριτική. Ότι θεωρείται σε προηγούμενα στάδια διαίσθηση ή σύμβολο θα ενσωματωθεί σε έννοια. Οι

κοινωνιοκεντρικές αναπαραστάσεις-όπως τις αποκαλεί ο Piaget-μεταμορφώνονται σε επιστημονικές (S. Moscovici [1998]2000a). Παρότι οι αναπαραστάσεις των παιδιών σχετίζονται με τις «προ-λογικές» ή αρχέγονες αναπαραστάσεις του Levy-Bruhl, εν τούτοις, η επιρροή του Durkheim είναι έκδηλη στο όραμα της συνεχούς εξέλιξής τους σε πιο λογικές και πιο ατομικές αναπαραστάσεις των εφήβων (S. Moscovici, 1998).

Το αντίστροφο παρατηρείται στις εργασίες των Vygotsky και Luria. Οι οποίοι ανακάλυψαν το μονοπάτι εισαγωγής των ιστορικών και πολιτισμικών παραμέτρων στην ψυχολογία και ισχυρίζονται ότι οι συλλογικές αναπαραστάσεις και οι νοητικές διαδικασίες σε υψηλά επίπεδα έχουν τις ρίζες τους στη συλλογική ζωή των ανθρώπων. Ακολούθησαν την υπόθεση της ασυνέχειας του Levy-Bruhl υποστηρίζουν ότι η ιστορική ανάπτυξη της γνώσης και των αναπαραστάσεων είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς ποιοτικών μεταμορφώσεων και ασυνεχειών όχι μόνο στο επίπεδο του περιεχομένου αλλά και στις γνωστικές δομές. Ο Vygotsky θεωρεί ότι η προ-επιστημονική σκέψη δεν μπορεί να απαλειφθεί και υποστηρίζει ότι η κοινή σκέψη αποτελεί και το σημαντικό μεσολαβητή της αφομοίωσης, πολιτισμικής ή επιστημονικής (S. Moscovici 1998,[1998]2000a).

Ο Vygotski προσδίδει ένα κεντρικό ρόλο στη γλώσσα στη γνωστική ανάπτυξη, υποστηρίζοντας ότι οι υψηλές γνωστικές λειτουργίες αναδύονται ως αποτέλεσμα της εξωτερικής δραστηριότητας η οποία μεσολαβεί μέσω του εργαλείου και της γλώσσας. Στην κοινωνική μνήμη, σε αντίθεση με τη φυσική, η αποθήκευση των εμπειριών δεν προσδιορίζεται από εξωτερικά ερεθίσματα αλλά από τα σημεία. Το σημείο είναι ένα άλλο είδος εργαλείου το οποίο παίζει μεσολαβητικό ρόλο αλλά παρουσιάζει εσωτερικό προσανατολισμό σε αντίθεση με το εργαλείο το οποίο έχει εξωτερικό προσανατολισμό και μπορεί να παράγει αλλαγές σε ένα εξωτερικό αντικείμενο. Η γλώσσα αποτελεί το εργαλείο επαφής και ελέγχου, όχι μόνο με τους άλλους και τον εξωτερικό κόσμο αλλά και με τον εαυτό της και επιτρέπει να συνθέτει το παρόν με το παρελθόν και να ενοποιεί στοιχεία προηγούμενων εμπειριών με το παρόν (A.E. Echabe & J.L. G. Castro, 1998).

Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να παραβλέψουμε την επιρροή τόσο του S. Freud όσο και του Gustave Le Bon στη διαμόρφωση της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Ο πρώτος αναγνώρισε το σημαντικό ρόλο που μπορεί να παίζει ο κοινωνικός παράγοντας στη δημιουργία και εξέλιξη μιας «ψυχικά ασθένειας» ενώ ο δεύτερος υποστηρίζει ότι η συλλογική συμπεριφορά δεν υπακούει τους νόμους της ατομικής ψυχολογίας και έθεσε τις βάσεις για την κοινωνιοψυχολογική σκέψη (Σ.

Παπαστάμου, 1993; 2001). Ο γάλλος γιατρός, ο Le Bon, εκφραστής της γαλλικής αστικής τάξης, παρουσιάζει τρόπους τιθάσευσης της ανατρεπτικής δύναμης των λαϊκών στρωμάτων της εποχής εκείνης- η οποία πηγάζει από την ιδιαιτερότητα της συλλογικής σκέψης και συμπεριφοράς- και απαιτούνται ιδιαίτεροι ψυχολογικοί χειρισμοί από έναν ηγέτη ώστε οι μάζες να κινηθούν και να νικηθούν (Σ. Παπαστάμου 2001).

Η έννοια των αναπαραστάσεων δεν είναι σύγχρονη. Κατά τον Durkheim, η αναπαράσταση είναι συλλογική και κοινοτική διότι δομείται στην κοινότητα και μοιράζεται ομοιόμορφα σε όλα τα μέλη της από διάφορες γενεές ατόμων. Εν τούτοις, η θεωρία του Levy-Bruhl, του Jean Piaget, των Vygotsky και Luria όσο του S. Freud και του Gustave Le Bon επηρέασαν τη διαμόρφωση της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων, όπως θεμελιώθηκε από τον S. Moscovici και όπως θα αναπτυχθεί στη συνέχεια.

Α 2. ΣΥΛΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η έννοια της συλλογικής αναπαράστασης, έτσι όπως την παρουσίασε ο Emile Durkheim, περιλαμβάνει την κοινή χρήση της από όλα τα μέλη της κοινωνίας καθώς επίσης το μεγάλο βαθμό σταθερότητας μεταξύ διάφορων γενεών και τέλος τη στατικότητα (S. Moscovici, 1988).

Το σημείο το οποίο διαφοροποιεί τις συλλογικές από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι η δυναμική των τελευταίων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις τρέφονται από πολλές πηγές, κυρίως όμως, αλλά όχι μόνο, από τις διάφορες επιστήμες. Ο τρόπος μετασχηματισμού τόσο των περιεχομένων όσο και των τύπων της γνώσης ποικίλλει μεταξύ διάφορων κοινωνικών ομάδων και πλαισίων (U. Flick, 1998).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο της σύγχρονης κοινωνίας. Το θεμελιώδες χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι η επίδραση της επιστήμης (reified universe) στην καθημερινή συνείδηση. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις έχουν τις ρίζες τους στις γενικές έννοιες της επιστήμης, οι οποίες μετατρέπονται σε κατανοήσιμες, οικείες και ασφαλείς έννοιες στο κόσμο της συναίνεσης (consensual universe) (H. Rätty & L. Snellman, 1992).

Στον κόσμο της συναίνεσης (Consensual universe), η κοινωνία η οποία είναι ορατή, διαρκώς δημιουργείται και διαποτίζεται από σημασία και σκοπό, κατέχοντας μια ανθρώπινη φωνή σύμφωνα με την ανθρώπινη ύπαρξη, τη δράση και την αντίδραση της. Η κοινωνία απαρτίζεται από άτομα τα οποία είναι ελεύθερα και ίσα και συνεπώς κανένα από αυτά δεν κατέχει την αποκλειστική ικανότητα. Η σκέψη αποτελεί δημόσια δραστηριότητα η οποία ικανοποιεί την ανάγκη για επικοινωνία (S. Moscovici, 1984).

Στον κόσμο αυτό, η επικοινωνιακή λειτουργία της σκέψης είναι αρκετά σημαντική, εφόσον συνεισφέρει στις ανταλλαγές οι οποίες συνεχώς λαμβάνουν μέρος μεταξύ των ανθρώπων σχετικά με γεγονότα τα οποία επηρεάζουν τις ζωές τους ή διεγείρουν την περιέργειά τους. Η συζήτηση δίνει μια ανθρώπινη σημασία σε ότι συμβαίνει σε αυτούς έξω από την κοινωνική ιεραρχία. Οι αναπαραστάσεις αποτελούν μια διαμόρφωση όπου έννοιες και εικόνες μπορούν να συνυπάρχουν χωρίς καμιά προσπάθεια για ομοιομορφία όπου η αβεβαιότητα και οι παρεξηγήσεις γίνονται ανεκτές και συνεπώς, η συζήτηση μπορεί να συνεχίσει και οι σκέψεις να ανακυκλωθούν (S. Moscovici, 1988).

Στον κόσμο της επιστήμης (Reified universe), η κοινωνία αποτελεί ένα σύστημα διαφορετικών ρόλων και τάξεων και τα μέλη της οποίας είναι άνισα. Τα άτομα αντιμετωπίζονται ως σταθερές, βασικές και ομοιόμορφες ολότητες οι οποίες είναι μη διαφοροποιήσιμες στην ατομικότητα και στερούνται ταυτότητας. Οι διάφορες επιστήμες επιβάλλουν την εξουσία τους στη σκέψη και την εμπειρία σε κάθε άτομο και αποφασίζουν, κάθε φορά τι είναι αλήθεια και τι δεν είναι (S. Moscovici, 1984).

Η σκέψη στο πλαίσιο αυτό, σημαίνει οργάνωση και ενσωμάτωση κάθε ειδικού παραδείγματος σε πιο κατανοητό πλαίσιο. Αυτό απαιτεί μια ιεραρχία και ειδικούς κανόνες επικοινωνίας οι οποίοι οργανώνουν την πληροφορία σε μια ενιαία και μοναδική αναπαράσταση. Η αναπαράσταση αποτελεί τη βάση λειτουργιών και διαμορφώνει την επίσημη πραγματικότητα, από την οποία άσχετα χαρακτηριστικά και ενοχλητικές εναλλακτικές έχουν αποκλειστεί. Η αλήθεια είναι η «νόμιμη αλήθεια» η οποία επιβεβαιώνεται από τη συμμόρφωση σε οριζόμενες διαδικασίες και ορολογία (S. Moscovici, 1988).

Οι επιστήμες λοιπόν είναι το μέσον με το οποίο καταλαβαίνουμε τον κόσμο της επιστήμης ενώ οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με τον κόσμο της συναίνεσης. Ο σκοπός του πρώτου είναι η εγκαθίδρυση ενός «χάρτη» δυνάμεων, αντικειμένων, γεγονότων τα οποία είναι ανεξάρτητα από τις επιθυμίες μας και από την αντίληψή μας και τον οποίο πρέπει να δεχόμαστε αμερόληπτα.

Οι αναπαραστάσεις, από την άλλη πλευρά, επαναφέρουν τη συλλογική συνείδηση την οποία σχηματοποιούν, εξηγώντας τα αντικείμενα και τα γεγονότα ώστε να είναι προσβάσιμα στον καθένα και να συμπίπτουν με τα άμεσα ενδιαφέροντά μας (S.Moscovici, 1984α).

Ο Serge Moscovici υποστηρίζει ότι η χρήση του «κοινωνικού» αναφέρεται σε μια καθαρή έννοια, αυτή της κοινωνίας, σε μια ιδέα διαφοροποίησης, του δικτύου των ανθρώπων και των αλληλεπιδράσεών τους και εστιάζεται στις σχέσεις κουλτούρας και κοινωνίας. Ο ίδιος παραθέτει στο έργο του *«Intervention of Society»* μεταξύ των προ-εδραιωμένων κοινωνιών και των γεννωμένων «lived and conceived societies». Στις πρώτες οι κουλτούρες, οι παραδόσεις, οι ιεροτελεστίες κ.λ.π. είναι το πλέγμα της κοινωνίας ενώ στις δεύτερες παρουσιάζεται το αντίστροφο, δηλαδή η κοινωνία είναι το πλέγμα της κουλτούρας (S.Moscovici[1998]/2000).

Οι συλλογικές αναπαραστάσεις είναι έμφυτες, ανεξάρτητες σχεδόν από τις αλληλεξαρτήσεις και τις ανταλλαγές που τις αφορούν. Κάθε μέλος της ομάδας τις

συναντά ήδη προ-εδραιωμένες χωρίς την δική του παρέμβαση, δίνει έμφαση στον αναγκαστικό χαρακτήρα τους και συμμορφώνεται με αυτές χωρίς περιορισμούς. Στο σημείο αυτό, του διαχωρισμού της προ-εδραιωμένης κοινωνίας από την γεννώμενη, από την κοινωνία που αλλάζει, εστιάζεται και η μετάθεση του κέντρου βάρους από τις συλλογικές στις κοινωνικές αναπαραστάσεις (S. Moscovici, 1988).

Συμπερασματικά, ο διαχωρισμός της προ-εδραιωμένης κοινωνίας από τη γεννώμενη, από την κοινωνία που αλλάζει, εστιάζεται στη μετάθεση του κέντρου βάρους από τις συλλογικές στις κοινωνικές αναπαραστάσεις.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο της σύγχρονης κοινωνίας και τρέφονται από πολλές πηγές αλλά κυρίως από τις διάφορες επιστήμες. Ο τρόπος μετασχηματισμού τόσο των περιεχομένων όσο και των τύπων γνώσης ποικίλλει σε διάφορες κοινωνικές ομάδες και πλαίσια.

Τέλος, συγκριτικά με τις συλλογικές αναπαραστάσεις, η λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων μετατίθεται από την ομαδική πίεση και την ομαδική ομοφωνία στην επικοινωνία και τη δράση και τη μεταφορά σημασιών και συμβόλων (S. Moscovici, 1984β, σελ.951).

Α 3. ΕΠΙΣΤΗΜΗ, ΚΟΙΝΗ ΓΝΩΜΗ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΝΩΣΗ

Η εργασία του κοινωνικού φιλόσοφου (Alfred Schütz) εστιάστηκε στο γεγονός ότι η γνώση μας για τον κόσμο, είτε επιστημονική είτε κοσμική, είναι μια δόμηση. Υπάρχει μια κοινωνική μεσολάβηση στην απόκτηση της γνώσης όπου η διαδικασία της κοινωνικής συμβατικοποίησης της γνώσης και της σκέψης παίζει σημαντικό ρόλο ενώ η καθημερινή γνώση δεν μπορεί να ερμηνευτεί με όρους υποκειμενικότητας. Επίσης, η κοινωνική κατανομή αποτελεί ένα άλλο θεμελιακό γνώρισμα της κοινωνικής δόμησης της καθημερινής γνώσης υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κόσμων των διαφορετικών υποκειμένων. Υπάρχουν τρεις τύποι γνώσης, αυτός του ειδικού, του καθημερινού ανθρώπου και του καλά πληροφορημένου πολίτη. Ο διαχωρισμός όμως αυτός δε σχετίζεται με την ιεραρχία, αλλά με διαφορές γύρω από ειδικά θέματα ή εξειδικευμένες πλευρές της γνώσης (U. Flick, 1998).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με τη κοινωνική γνώση η οποία προκύπτει από τη συμμετοχή των ατόμων στις κοινωνικές ομάδες. Από τη μια πλευρά η αρχή ότι η γνώση είναι κοινωνικά χαραγμένη, από την άλλη η κοινωνική κατανομή της γνώσης-τι οι άνθρωποι ξέρουν και πως το ξέρουν εξαρτάται από τις κοινωνικές ομάδες όπου ανήκουν (U. Flick, 1998).

Τόσο ο Lewis Wolpert, φυσικός επιστήμονας, όσο και ο S. Moscovici συμφωνούν ότι οι ανθρωπιστικές και οι κοινωνικές επιστήμες διαφοροποιούνται από τις φυσικές. Η βασική διαφορά μεταξύ τους εστιάζεται στις αξιολογήσεις για την κοινή γνώμη. Ο Wolpert θεωρεί ότι η κοινή γνώμη είναι πολύ μακριά από την επιστημονική γνώση και λίγο έχει να κερδίσει η τελευταία από την πρώτη. Ο S. Moscovici υποστηρίζει ότι ο λαϊκός άντρας και η λαϊκή γυναίκα δεν έχουν λάβει την εκπαίδευση όπως οι επιστήμονες και δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι συνεχίζουν να πιστεύουν σε αρχαϊκές έννοιες ή αποτυγχάνουν να διαχωρίσουν την επιστήμη από την ψευδοεπιστήμη. Η παλαιά γνώση συνεχίζει να ανακυκλώνεται και η οποία αναδύεται στη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων (R. Farr, 1993).

Ο S. Moscovici επίσης διαχωρίζει τις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες οι οποίες διαμορφώνονται από την ιστορία –κοινωνιολογία, ανθρωπολογία και γλωσσολογία- από τις επιστήμες οι οποίες δημιουργούν ιστορία -ψυχολογία και πολιτική οικονομία. Η ιστορία έχει προσδιορίσει το περιεχόμενο των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών ενώ λίγες από τις κοινωνικές επιστήμες έχουν βοηθήσει

να προσδιορίσουν το κεφάλαιο της ιστορίας. Για παράδειγμα την ψυχολογία της μάζας του Le Bon τη βρήκαν χρήσιμη για πολλούς δικτάτορες του εικοστού αιώνα και την έθεσαν σε εφαρμογή όπως επίσης και την πολιτική οικονομία του Karl Marx, οι οποίες είχαν δραματικές επιδράσεις στον κόσμο της ιστορίας τον εικοστό αιώνα. Έτσι λοιπόν, όταν τα πρόσωπα τα οποία δρουν στην πολιτική σκηνή με βάση μορφών γνώσεων έτοιμων να χειριστούν, οι συνέπειες είναι δραματικές. Στην ιστορία –όπως γράφει ο I.Berlin (1976)-είμαστε δρώντα πρόσωπα ενώ στις φυσικές επιστήμες απλοί παρατηρητές (ό.π).

Ο S. Moscovici κράτησε την αρχή ότι τα αρχαϊκά αποθέματα γνώσεων ως κοινή γνώμη ή μύθοι, σταματούν να υπάρχουν από την εδραίωση των επιστημών και την εκλαΐκευσή τους. Οι επιστήμες τώρα πια διαμορφώνουν τις αναπαραστάσεις. Όσο οι θεωρίες, οι πληροφορίες και τα γεγονότα πολλαπλασιάζονται τόσο αντιγράφονται και αναπαράγονται σε άμεσο και προσιτό επίπεδο αποκτώντας μια δική τους ενέργεια. Με άλλα λόγια μεταφέρονται στον κόσμο της συναίνεσης, περιγράφονται και αναπαριστώνται.(S. Moscovici, 1984^α).

Ο βέλγος ψυχολόγος Fritz Heider ενδιαφέρθηκε για τη ψυχολογία της κοινής λογικής, την απλοϊκή ψυχολογία και με το σύγγραμά του *Η ψυχολογία των διαπροσωπικών σχέσεων* (1958) οι κοινωνικοί ψυχολόγοι ανακαλύπτουν τον homo rationalis ο οποίος επεξεργάζεται σχεδόν σωστά όλες τις πληροφορίες που έχει στη διάθεσή του για να καταλήξει σε ένα λογικό συμπέρασμα (Σ. Παπαστάμου, 1993).

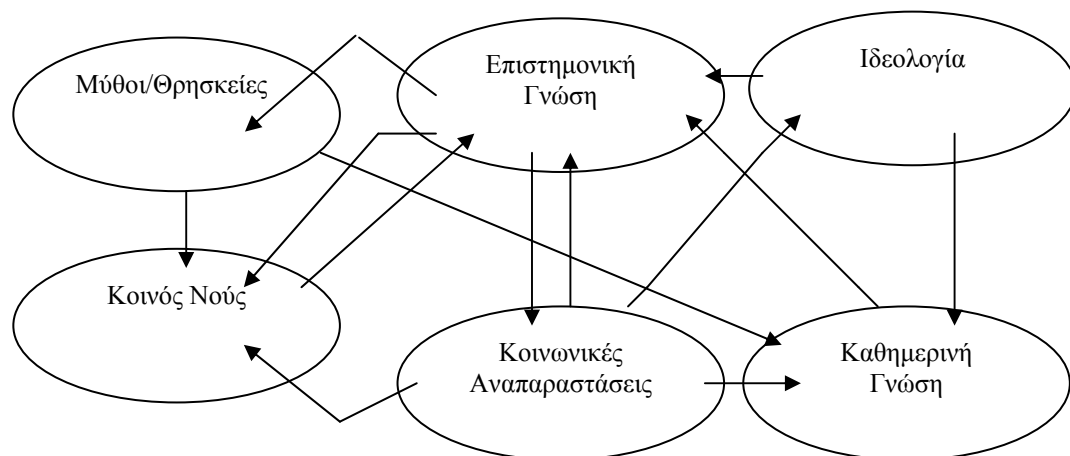
Τόσο, ο όρος “απλοϊκός ψυχολόγος” του Heider όσο και η έννοια του «επιστημανθρώπου» του H.H Kelley (1955), στο “*The Psychology of Personal Constructs*”, διαφοροποιούνται από την έννοια του “ερασιτέχνη ψυχολόγου” (S. Moscovici & M. Hewstone, 1983).

Η αντιπαθής σύγκριση του απλοϊκού ανθρώπου με τον επιστήμονα απέχει και υπάρχει επικέντρωση στις διαδικασίες με τις οποίες η επαγγελματική επιστημονική γνώση μετατρέπεται σε γνώση ερασιτεχνικής επιστήμης. Συνεπώς, διακρίνονται δύο τύποι γνώσης καθημερινής γνώμης: τη γνώση η οποία είναι πλατιά διαδεδομένη και η οποία μπορεί να συστηματοποιείται από την επιστήμη και ο μετασχηματισμός της νέας επιστημονικής γνώσης στην καθημερινή γλώσσα. Οι καθημερινοί άνθρωποι καταναλώνουν αναπτύσσοντας επιστημονική γνώση και τη χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους επικοινωνία και συμπεριφορά. Αλλά δεν την προωθούν μόνο, τη μετατρέπουν σε ένα παιγνίδι «επιστήμη ως χόμπι», μια μοντέρνα έκδοση κοινής γνώμης. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προσλαμβάνονται προκειμένου να

μελετήσουν πως το παιγνίδι της επιστήμης γίνεται μέρος του παιγνιδιού της κοινής γνώμης (ό.π).

Η χρήση του όρου «καθημερινή γνώση» για την επιστήμη προτιμάται καλύτερα από τον όρο «κοινή γνώμη» η οποία δε βασίζεται μόνο στην εκχυδαϊσμένη επιστήμη αλλά επίσης χρησιμοποιεί και άλλες πηγές όπως είναι παραδοσιακές υποθέσεις ή πιστεύω. Αναλύοντας τη γνώση αυτή, παρέχονται πληροφορίες για το περιεχόμενο και τη δομή, σε σχέση με τα κοινωνικά πλαίσια, και συνεπώς φωτίζεται η κοινωνική δόμηση και ανακατανομή των λαϊκών αποθεμάτων της γνώσης. Με τον τρόπο αυτό, η ανάλυση της καθημερινής γνώσης αποτελεί τον ενδιαμέσο για την μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Η θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων απορρίπτει την επικέντρωση στις επίσημες πλευρές της τυπικής σκέψης της σύγχρονης ψυχολογίας. Η γνώση δεν τοποθετείται στο άτομο αλλά μελετάται στην κοινωνική της χρήση, στις διαδικασίες κατανόησης και στα κοινωνικά της πλαίσια (U. Flick, 1998).

Το σχήμα 1 συνοψίζει τις σχέσεις των διαφόρων μορφών γνώσης που συναντάμε στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Οι συλλογικές αναπαραστάσεις του Durkheim τοποθετούνται στους μύθους/θρησκείες. Υπάρχει διαχωρισμός του επιπέδου της καθημερινής ζωής όπου τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες παράγουν την πραγματικότητα, από το συλλογικό επίπεδο όπου η γνώση παράγεται. Τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες δεν έχουν καθημερινή πρόσβαση στο συλλογικό επίπεδο αλλά ένα μέρος της γνώσης τους προέρχεται από αυτό. Επιπρόσθετα, το προ-επιστημονικό επίπεδο της καθημερινής ζωής εξαιτίας του χρόνου και της τοπογραφικής μνήμης παραμένει έξω από τη σκοπιά της επιστημονικής αιτιότητας. Όπως φαίνεται ο επιστημονικός ορθολογισμός προσβάλλει την κοινή γνώμη και τις θρησκευτικές μορφές της γνώσης και η καθημερινή γνώση αναδύεται ως τομή της κοινωνικής και ατομικής γνώσης (U. Flick, 1998, σελ 53-54).



Σχήμα 1. Τύποι γνώσεις και οι σχέσεις τους

Οι πάνω άξονες του σχήματος –το οποίο απεικονίζει τύπους γνώσης και τις σχέσεις τους– αντιπροσωπεύουν τα επίπεδα της συλλογικής σκέψης ενώ οι κάτω τα επίπεδα της καθημερινής ζωής. Επίσης, η πρώτη στήλη αντιπροσωπεύει την προ-επιστημονική καθημερινή ζωή, η δεύτερη την επιρροή των επιστημών και η τρίτη τη μεταμορφωμένη καθημερινή ζωή από τις επιστήμες. Τα ευθεία βέλη αντιπροσωπεύουν τις επιρροές (influences) ενώ τα τεθλασμένα τις μετατοπίσεις (displaces).

Α 4. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SERGE MOSCOVICI

Ο S. Moscovici, κοινωνικός ψυχολόγος, ήταν αυτός που διαμόρφωσε τη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων προτείνοντας ένα θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση της λειτουργίας του (Σ. Παπαστάμου, 1993). Ήταν πολιτικός πρόσφυγας στο Παρίσι σε μια εποχή στην οποία η κοινωνική ψυχολογία στη Γαλλία και γενικά στην Ευρώπη δεν ήταν αναπτυγμένη.

Όπως ο S. Moscovici αναφέρει στη συζήτηση με την Ivana Marková, το πρόβλημα της εποχής του ήταν αυτό της επιστήμης, το πρόβλημα του μοντερνισμού. Το ενδιαφέρον εστιαζόταν στον τρόπο με τον οποίο η επιστήμη είχε αντίκτυπο στην ιστορική αλλαγή, στη σκέψη μας ή στις κοινωνικές προοπτικές και λιγότερο για τον τρόπο που η επιστήμη επηρεάζει την κουλτούρα, τις ιδέες του κάθε ατόμου στην καθημερινή ζωή ή πόσο αυτές οι ιδέες αποτελούν μέρος των ανθρώπινων πεποιθήσεων. Όλα τα άτομα τα οποία είχαν επηρεαστεί από το Μαρξισμό, τον Κομμουνισμό και το Σοσιαλισμό επικεντρώθηκαν στην ερώτηση σχετικά με την επιστήμη και την τεχνολογία (S. Moscovici [1998]/2000).

Ο ίδιος υποστηρίζει ότι την περίοδο 1948-49 υπήρχαν δύο θεωρίες οι οποίες είχαν αρχίσει να διεισδύουν στη Γαλλική κοινωνία: αυτή του Μαρξισμού και αυτή της Ψυχανάλυσης. Η επιλογή της δεύτερης προέκυψε εξαιτίας των γεγονότων ότι ήταν πολιτικός πρόσφυγας από μια κομμουνιστική χώρα, τη Ρουμανία, ότι αποτελούσε ένα ιδιαίτερα δύσκολο πολιτικό ζήτημα και τέλος διότι η ψυχανάλυση είχε μεγαλύτερη επιρροή (ό.π.).

Έτσι λοιπόν επικεντρώθηκε στη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων της ψυχανάλυσης στα μέσα της δεκαετίας του '50 στη γαλλική κοινωνία, έτσι όπως εμφανίζονται μέσα από τα δημοσιεύματα τριών ειδών εντύπων: του τύπου που ιδεολογικά ήταν κοντά στο Γαλλικό Κομμουνιστικό Κόμμα, τον Τύπο της Καθολικής Εξουσίας και τον τύπο με μεγάλη κυκλοφορία. Σκοπός του η μελέτη των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων μέσα στα πλαίσια συμβολικών ενδο-ομαδικών και διομαδικών σχέσεων, της λειτουργίας του και της δυναμικής τους (Σ. Παπαστάμου, 1993).

Αρχικά, είναι σκόπιμο να παρουσιάσουμε την έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης. Η αναπαράσταση είναι μια διαδικασία που καθιστά την έννοια – ψυχική διάσταση καθαρά διανοητικής τάξης-και την αντίληψη -ψυχική διάσταση που έχει να κάνει με τις αισθήσεις-εναλλάξιμες. Η αναπαράσταση εκφράζει μια

σχέση με το αντικείμενο και ότι παίζει ρόλο στη γένεση αυτής της σχέσης. Η αναπαράσταση μιας οντότητας, μιας ιδιότητας, μιας συνείδησης σημαίνει την ξαναπαρουσίασή τους ακόμα και στην απουσία ή την ανυπαρξία τους. Από την έννοια, κρατάει τη δυνατότητα να οργανώνει, να επανασυνδέει και να φιλτράρει αυτό που πρόκειται να ξανα-συλλάβει και να το επανεισάγει στο χώρο των αισθήσεων. Από την αντίληψη, διατηρεί την ικανότητα να καταγράφει το ανοργάνωτο, το ασχημάτιστο, το ασυνεχές (Α. Μαντόγλου, 1999).

Η αναπαράσταση είναι το νοητικό αναπαριστώμενο κάποιου πράγματος (αντικειμένου, προσώπου, γεγονότος, ιδέας, κλπ) και συνεπώς συγγενεύει με το σύμβολο, με το σημείο (Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Πρωταρχικός σκοπός των κοινωνικών αναπαραστάσεων είναι να κάνει οικείο κάτι το οποίο είναι μη οικείο. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προβάλλουν ένα εργαλείο χειρισμού και ταξινόμησης των καινούργιων φαινομένων και αλλαγών στα φαινόμενα τα οποία είναι ήδη γνωστά. Δύο διαδικασίες των κοινωνικών αναπαραστάσεων, η αντικειμενοποίηση (objectification) και η επικέντρωση (anchoring) είναι αυτές που τις παράγουν (S. Moscovici, 1984).

Στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων, ο Serge Moscovici (1973) παρουσιάζει την αναπαράσταση ως:

«ένα σύστημα αξιών, ιδεών και πρακτικών με διττή λειτουργία: αρχικά να εδραιώσει έναν κανονισμό ο οποίος θα καταστήσει ικανά τα άτομα να προσανατολίσουν τον εαυτό τους στο φυσικό και κοινωνικό κόσμο και να κυριαρχήσουν σε αυτό; κατά δεύτερον, να καταστήσει ικανή την επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας κοινότητας εφοδιάζοντας έναν κώδικα κοινωνικών ανταλλαγών και ένα κώδικα ορισμού και ταξινόμησης ξεκάθαρα των διάφορων πλευρών του κόσμου και της ατομικής και ομαδικής τους ιστορίας» (σελ. xiii).

Η αντικειμενοποίηση είναι «η ανακάλυψη της εκονικής ποιότητας μιας ιδέας ή οντότητας μη ακριβής, την αναπαραγωγή μιας έννοιας σε εικόνα» (S. Moscovici, 1984, σελ. 38). «Αντικειμενοποιώ, σημαίνει ότι αναρροφώ ένα πλεόνασμα σημασιών υλοποιώντας τις» (Α. Μαντόγλου, 1999, σελ. 116). Ο χαρακτήρας του μοντέλου της αντικειμενοποίησης έχει τριπλό χαρακτήρα: την επιλεκτική οικοδόμηση, τη δομική σχηματοποίηση και τη φυσιοποίηση.

Υπάρχει ένα μεγάλο απόθεμα λέξεων που κυκλοφορεί στην κοινωνία και αναφέρεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα και τα άτομα είναι κάτω από πίεση

προκειμένου να παρέχουν τις ισοδύναμες κρυφό τους νόημα. Επιλέγονται όμως και αναδύονται εκείνες που έχουν τη δυνατότητα να αναπαρίστανται δημιουργώντας τον «εικονικό πυρήνα», ένα σύμπλεγμα εικόνων το οποίο ορατά αναπαράγει σύμπλεγμα ιδεών (S. Moscovici, 1984).

Με άλλα λόγια γίνεται πραγματικότητα ένα ιδεατό σχήμα και δημιουργείται για μια εικόνα ένα υλικό αντίστοιχο. Η εικόνα της έννοιας παύει να είναι σημείο και αποτελεί αντίγραφο της πραγματικότητας, επίφαση της πραγματικής αίσθησης του κόσμου. Αποτελούν στοιχεία της πραγματικότητας παρά στοιχεία της σκέψης και με τον τρόπο αυτό γεφυρώνεται το χάσμα μεταξύ της αναπαράστασης και αυτού που αναπαριστά (ό.π).

Ο δεύτερος μηχανισμός, αυτός της επικέντρωσης προέρχεται από τη θεωρία Gestalt και σημαίνει ότι τοποθετούμε ένα καινούριο αντικείμενο σε ένα γνωστικό πλαίσιο αναφοράς για να μπορέσουμε να το εξηγήσουμε και να το ερμηνεύσουμε (Σ. Παπαστάμου, 1993, σελ. 425). Η διαδικασία αυτή, σε μια διαλεκτική σχέση με την αντικειμενοποίηση, διαρθρώνει τις τρεις βασικές λειτουργίες της αναπαράστασης: τη γνωστική λειτουργία αφομοίωσης της καινοτομίας, λειτουργία ερμηνείας της πραγματικότητας, λειτουργία των συμπεριφορών και των κοινωνικών σχέσεων (Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Η επικέντρωση έχει σαν στόχο να ενσωματώσει τις παράξενες ιδέες σε γνωστές κατηγορίες και εικόνες, να τις εντάξει σε ένα οικείο πλαίσιο. Συνεπώς ο μηχανισμός αυτός περιλαμβάνει την ταξινόμηση αλλά και την ονομασία. Με άλλα λόγια, κάτι που δεν έχει όνομα ή που δεν έχει ταξινομηθεί, είναι ξένο, ανύπαρκτο και ταυτόχρονα αποτελεί απειλή. Με την ταξινόμηση και τον ορισμό, υπάρχει η δυνατότητα της φαντασίωσής του και της αναπαραγωγής του. (S. Moscovici, 1984).

Η τάση της ταξινόμησης –είτε γενικεύοντας είτε ειδικεύοντας- δεν αποτελεί μόνο πνευματική επιλογή αλλά αντανάκλα και τη δεδομένη στάση απέναντι στο αντικείμενο, μια επιθυμία να το ορίσει ως λογικό ή παράλογο. Συνεπώς ο προσδιορισμός των μη οικείων πραγμάτων προέρχεται από την ανάγκη να τα ορίσει σύμφωνα με την προσαρμογή ή την απόκλιση από τον κανόνα. Τα πρότυπα που προσανατολίζουν τις κατατάξεις δεν έχουν μόνο ταξινομικές ιδιότητες αλλά αντιστοιχούν σε προσδοκίες και πιέσεις που καθορίζουν τις συμπεριφορές που υιοθετούνται απέναντι σε πρόσωπα που ταξινομούν και αυτά που απαιτούν από αυτούς (ό.π.)

Το ταξινομητικό εγχείρημα καταφέρνει πράγματι να βάλει το καινούργιο

σύστημα κατηγοριών ανάμεσα στα υπάρχοντα συστήματα και να καταστρέψει το προηγούμενο. Και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να οριστεί και να αποδοθεί ένα όνομα προκειμένου να εγκαθιδρυθεί στο «πλέγμα ταυτότητας» της κουλτούρας. Ότι παραμένει ανώνυμο δεν μπορεί να αποτελέσει επικοινωνιακή εικόνα ή εικόνα έτοιμη να συσχετιστεί με άλλες (ό.π.)

Η αναπαράσταση συναντά πάντα μια ήδη υπάρχουσα σκέψη, λανθάνουσα ή έκδηλη. Η ισχυρή ιεραρχία των αξιών μέσα στην κοινωνία και στις διάφορες ομάδες συνεισφέρει στη δημιουργία γύρω από το αντικείμενο και την αναπαράστασή του, ένα δίκτυο σημασιών μέσω του οποίου τοποθετούνται κοινωνικά και αξιολογούνται ως κοινωνικό γεγονός (Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Τέλος, με τους μηχανισμούς της αντικειμενοποίησης και της επικέντρωσης επισημαίνεται η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο κοινωνικό και στο ψυχολογικό. Πως δηλαδή το κοινωνικό παρεμβαίνει στο ψυχολογικό, αλλάζοντας το ορθολογικό της επιστημονικής γνώσης σε εικόνα ενός πράγματος και πως το ψυχολογικό παρεμβαίνει στο κοινωνικό προσεγγίζοντας το άγνωστο δια μέσου του γνωστού (Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Α 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η κοινωνική ψυχολογία είναι ένας επιστημονικός κλάδος ο οποίος έχει ιδιότυπη ιστορική αναδρομή. Οι άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η ιδιοτυπία αυτή είναι γεωπολιτικής μορφής (χώρος εμφάνισης) και θεωρητικής μορφής (επιστημονική προέλευση). Όσο αφορά τον πρώτο άξονα, παρατηρούμε τη διάκριση της Αμερικάνικης κοινωνικής ψυχολογίας στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και αρχές 20ου από αυτή της Ευρωπαϊκής και ειδικότερα της Γαλλίας στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα. Σχετικά με το δεύτερο άξονα, η κοινωνική ψυχολογία προέρχεται τόσο από την κοινωνιολογία όσο και από την ψυχολογία (Σ. Παπαστάμου, 1993; 2001).

Επιπρόσθετα, οι διαφορές της «αμερικάνικης» και της «ευρωπαϊκής» κοινωνικής ψυχολογίας εστιάζονται στο γεγονός ότι η πρώτη το κύριο ενδιαφέρον της ήταν η μελέτη του ενδοατομικού επιπέδου και έκλινε περισσότερο στην εξέταση του ψυχολογικού στοιχείου και αναζήτησε οικουμενικούς νόμους για την εκδήλωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς πέρα από οποιοδήποτε πολιτισμικό πλαίσιο (οικουμενικός δομισμός της γνώσης). Η δεύτερη ενδιαφέρθηκε περισσότερο για το κοινωνικό επίπεδο και τη διάρθρωση του ατομικού με το κοινωνικό. Η ενασχόληση των Ευρωπαίων εστιάζεται στη *διυποκειμενικότητα* η οποία αναφέρεται στην κατασκευή της γνώσης μεταξύ των ανθρώπων και το *κοινωνικό περιεχόμενο της γνώσης* η οποία αναφέρεται στην κοινωνική κατασκευή της γνώσης. Ο κοινωνικός αυτός οικοδομισμός στηρίζεται στο αξίωμα ότι η γνώση κατασκευάζεται κοινωνικά μέσα από την επικοινωνία και τη σύγκρουση (Σ. Αντωνίου, 2001).

Ο κοινωνικός δομισμός (social construction), για πολλούς ψυχολόγους προέρχεται -όπως αναφέρει ο Gergen -από την μετα-εμπειρική κριτική και την απόρριψη του εμπειρικού θεμελιωτισμού ο οποίος στηρίζεται στους μετα-θετικιστές φιλοσόφους όπως ο Quine, Kuhn, Feyerabend και άλλους (D. Kurt, 1997).

Η κοινωνική αναπαράσταση, όπως αντιτίθεται στην έννοια της αναπαράστασης στις γνωστικές επιστήμες, δεν περιορίζεται μόνο στην αναπαραγωγή της συγκεκριμένης πραγματικότητας αλλά είναι δομική με δύο τρόπους. Ο πρώτος στηρίζεται στο γεγονός ότι τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες παράγουν την πραγματικότητα μέσω της αλληλεπίδρασης. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διαδικασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων ως μέσο δόμησης της πραγματικότητας και η οποία δεν είναι μόνο γνωστική. Η κοινωνική αναπαράσταση επεκτείνεται από τον υποκειμενικό τρόπο χρήσης των ατομικών-γνωστικών εικόνων προκειμένου να τον

καταλάβει αλλά και να βρει ένα σίγουρο μέρος στις κοινωνικές ομάδες και σχέσεις χρησιμοποιώντας την κοινωνική πραγματικότητα και την οποία έμμεσα ή άμεσα την επιβεβαιώνουν. Επίσης, η μεταμόρφωση «πραγματικών» (virtual) κόσμων είναι ένας άλλος τρόπος διαμόρφωσης της πραγματικότητας ή με άλλα λόγια, τη μεταφορά γνώσεων από τον παλμό της επιστήμης στην ευρύτερη κοινωνία (U. Flick, 1998).

Στο επιστημονικό στερέωμα οι θεωρίες της κοινωνικής νόησης διαμορφώνουν την ανάπτυξη της κοινωνικής γνώσης ως μια εφαρμογή προοδευτικά περισσότερο ώριμων ψυχολογικών δομών στα κοινωνικά φαινόμενα. Οι θεωρίες αυτές (πχ Πιαζετιανές, μετα-Πιαζετιανές) παρουσιάζουν έναν δομισμό, κοινό σημείο με τη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Εν τούτοις, περιορίζονται στην ατομικιστική προοπτική και η παραγωγή της κοινωνικής γνώσης απο-πλαισιώνεται δίνοντας έμφαση στις ερωτήσεις «γιατί» και «πώς» της γνώσης (G. Duveen & A. Rosa, 1992).

Η κοινωνική σκέψη η οποία εισάγεται, σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και δρα το κοινωνικό υποκείμενο. Το τελευταίο δεν περιορίζεται στην «ψυχολογίζουσα υπόσταση του ατόμου», ούτε στον παθητικό ρόλο του «συλλογικού όντος», αλλά λαμβάνει ένα ενεργητικό ρόλο στα κοινωνιο-ψυχολογικά δρώμενα και συμμετέχει στη διαμόρφωση τόσο της ατομικής όσο και της κοινωνικής ταυτότητάς του. Η κοινωνική σκέψη παρουσιάζει το βαθύ κοινωνικό της χαρακτήρα και παρουσιάζεται ως σκέψη διαφορετική από την ατομική. Αντίθετα, η κοινωνική νόηση θεωρεί ότι η σκέψη του ατόμου και η συμπεριφορά του όταν υλοποιούνται και εκφράζονται κάτω από συνθήκες συλλογικότητας αποτελούν στρεβλώσεις εξαιτίας γνωστικά εσφαλμένων ενδοατομικών διεργασιών (Σ. Παπαστάμου, 2001).

Η κοινωνική ψυχολογία των γνωστικών διαδικασιών (κοινωνική νόηση) προσλαμβάνεται περισσότερο ή λιγότερο ενιαία -όπως παραθέτει ο Wagner (1992) το απόσπασμα Ostrom (1984, σελ. 21) ως «μια ανάλυση σταδίων, δομών και δυναμικών μηχανισμών εμπλεκόμενων στην πνευματική δραστηριότητα, περιλαμβάνοντας τη λήψη της πληροφορίας από το περιβάλλον και την έναρξη των αντιδράσεων (...) περιλαμβάνει δομές μνήμης όπως είναι το σχήμα και τα πρωτότυπα». Η αναφορά τους στο ανθρώπινο είδος και οι γενικεύσεις για την ενοποίηση της γνωστικής διαδικασίας βασίζεται στην αναπτυξιακή πλευρά των γνωστικών ικανοτήτων αλλά και στην αναφορά της «σωστής νόησης». Το κοινωνικό υποκείμενο στελεχώνεται από το βασικό γνωστικό εξοπλισμό καταστώντας ικανό να γίνει ένα άξιο μέλος της κοινωνίας, κουλτούρας ή ομάδας.

Οι θεωρίες της κοινωνικής απόδοσης [Heider (1944), Jones & Davis (1965), Kelley (1967)] σχετίζονται με την εξήγηση την οποία δίνει το ίδιο το άτομο για τη συμπεριφορά του ή για τη συμπεριφορά των άλλων και εστιάζονται κυρίως στις ατομικές γνωστικές διαδικασίες ώστε να προβούν σε αιτιώδεις εξηγήσεις (Σ. Παπαστάμου, 2001).

Σύμφωνα με τον Fritz Heider (1958) υπάρχουν οι προσωπικές αποδόσεις οι οποίες αναφέρονται σε εσωτερικούς αιτιώδεις παράγοντες όπως είναι η προδιάθεση του ατόμου- και σε εξωγενείς παράγοντες. Η βασική ιδέα του Heider είναι ότι ο απλοϊκός ψυχολόγος θεωρεί τη συμπεριφορά ενός τρίτου προσώπου σαν ένα είδος ανταγωνισμού μεταξύ δυνάμεων των οποίων οι καταβολές προέρχονται από το ίδιο το άτομο και αυτών που προέρχονται από το περιβάλλον. Υποστηρίζει την τάση των ανθρώπων να υπερεκτιμούν το ρόλο των προσωπικών παραγόντων και να υποτιμούν τη σημαντικότητα της κατάστασης ή του πλαισίου (Σ. Παπαστάμου, 1993).

Το τελευταίο είναι γνωστό ως το θεμελιώδες σφάλμα της απόδοσης (Ross, 1977) το οποίο αναφέρεται με την τάση του ατόμου να αποδίδει τη συμπεριφορά ενός προσώπου σε προδιαθεσιακά χαρακτηριστικά του παρά σε περιστάσεις. Εμφανίζεται με δύο τρόπους: με το να προβαίνει το άτομο σε αιτιατικές συναγωγές προκειμένου να εξηγήσει τη συμπεριφορά και με το προβλέπει παρεμφερείς συμπεριφορές ακόμα και αν συνθήκες κάτω από τις οποίες υποτίθεται ότι θα εμφανιστούν είναι τελείως διαφορετικές. Η δεύτερη όψη του θεμελιώδους σφάλματος είναι η απόδοση βαρύτητας στον προσωπικό έλεγχο, στον έλεγχο που ασκεί ο αυτουργός πάνω σε ότι κάνει ή ότι του συμβαίνει (S. Fiske & S. Taylor, 1991; Σ. Παπαστάμου, 1993).

Η θεωρία της απόδοσης θεωρεί τη διαδικασία αυτή της απόδοσης ως ένα ενδο-ατομικό φαινόμενο και δεν ενσωματώνεται η κοινωνική αλληλεπίδραση και το πολιτιστικό πλαίσιο όπου λαμβάνουν χώρα οι αιτιώδεις αποδόσεις. Συνεπώς, παραμένει μια ατομικιστική θεωρία η οποία χρειάζεται μια μεγαλύτερη κοινωνική προοπτική. Επίσης, εκτός του γεγονότος ότι είναι η θεωρία αυτή ατομικιστική και γνωστική, οι κριτικές υποστηρίζουν ότι μεγαλοποιεί την τάση των ανθρώπων να αναζητούν αιτιώδεις εξηγήσεις για τα συμβάντα της καθημερινής ζωής (ό.π.).

Όπως όμως παρουσιάζουν οι M. Hewstone & M. Augoustinos (1998), η προδιαθεσιακή μεροληψία δεν αποτελεί ένα παγκόσμιο νόμο της ανθρώπινης γνωστικής λειτουργίας αλλά η βαθιά ριζωμένη ιδεολογία του ατομικισμού στην Ευρωπαϊκή και Αμερικάνικη ιδεολογία. Η ανάπτυξη της πολιτιστικής έμφασης πάνω στα ατομικά επιτεύγματα και στο γεγονός ότι οι αιτίες εδρεύουν πρωτίστως στα

άτομα, αναφέρεται ως «δεσποτικός ατομικισμός» (possessive individualism). Ο ατομικισμός αποτελεί το πιο διάχυτο ήθος το οποίο χαρακτηρίζει τις φιλελεύθερες κοινωνίες (M. Augoustinos, 1998).

Οι M. Billig, S. Condor, D. Edwards, M. Gane, David Middleton & A. Randley (1988) αναφέρουν ότι ένα μεγάλος αριθμός θεωρητικών ισχυρίζονται ότι η κυρίαρχη αρχή της καπιταλιστικής κοινωνίας είναι ο ατομικισμός και η οποία προέρχεται από τη φιλοσοφία του Διαφωτισμού ενώ παρουσιάζουν την άποψη του κοινωνικού ψυχολόγου Edwards Sampson οι ψυχολόγοι της μοντέρνας εποχής λαμβάνουν το σκοπό της προσαρμογής του ατόμου ως το ψυχολογικό τους ιδεώδες και ως συνέπεια ενισχύουν αξίες προερχόμενες από την ατομικιστική κουλτούρα στην οποία αποτελούν μέρος.

Η εξίσωση του ατομικισμού με την καπιταλιστική ιδεολογία θεωρείται ότι υπογραμμίζει τη σύνδεση διανοητικής (intellectual) –η οποία είναι το σύστημα της πολιτικής, θρησκευτικής ή φιλοσοφικής σκέψης και ως τέτοιο είναι το προϊόν των διανοούμενων -και καθημερινής (lived) ιδεολογίας. -η οποία σχετίζεται με τον τρόπο ζωής της κοινωνίας και περικλείει ότι περνά στη σφαίρα της κοινής γνώμης-. Εν τούτοις όμως εκτός από το άτομο το οποίο είναι σκεπτόμενο, σκόπιμο είναι να δοθεί προσοχή στις πλευρές εκείνες των κοινωνικά διάχυτων πεποιθήσεων οι οποίες παρουσιάζουν τα διλήμματα της ανθρώπινης σκέψης (ό.π).

Ο Serge Moscovici (1972, σελ. 19) κατηγορεί τον Αμερικάνικο επιστημονικό κλάδο και πιο συγκεκριμένα την κοινωνική ψυχολογία ότι είναι «κοινωνική ψυχολογία του ωραίου ανθρώπου» η οποία έχει δημιουργηθεί από ωραίους ανθρώπους. Οι παραδοσιακοί στόχοι –του επιστημονικού αυτού κλάδου-της προαγωγής της γνώσης για την κοινωνική συμπεριφορά και την κοινωνία και η βελτίωση των κοινωνικών προβλημάτων όχι μόνο δεν εξετάζονται αλλά μειώνεται η σημασία τους (J. Jackson, 1988).

Η σχέση των αναπαραστάσεων με τις εξηγήσεις στηρίζεται στο γεγονός ότι οι πρώτες αποτελούν το πλαίσιο αναφορών για τις δεύτερες, ταξινόμησης και επιλογής πληροφοριών πριν την πρόταση κατάλληλων εξηγήσεων. Δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι οι κοινές πεποιθήσεις υπογραμμίζουν την κοινωνική τους θεμελίωση παρά αντιμετωπίζονται ως λάθη ή μεροληψίες (S. Moscovici & M. Hewstone, 1983).

Η θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων διαφοροποιείται από τη θεωρία της απόδοσης στο σημείο ότι τα άτομα γενικά δρουν με δύο διαφορετικά σύνολα κινήτρων. Η σκέψη στις κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι διττής αιτιώδους συνάφειας

και εγκαθιστά ταυτόχρονα μια σχέση μεταξύ αποτελέσματος και αιτίας και μεταξύ σκοπών και μέσων. Στη διαδικασία των αποδόσεων, υπάρχει ένα πρωτότυπο το οποίο λειτουργεί ως μοχλός μέτρησης για γεγονότα ή συμπεριφορές οι οποίες θεωρούνται αποτελέσματα. Εάν το τελευταίο συμβιβάζεται με το πρωτότυπο θεωρείται ότι η αιτία είναι εξωτερική ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι εσωτερική. Ο διαχωρισμός της ατομικής αιτιότητας με αυτήν των συνθηκών αποκλείει την ύπαρξη των υποτιθέμενων ουδέτερων κατηγοριών απόδοσης αλλά επικεντρώνεται στο γεγονός ότι τα κίνητρα των ενεργειών του ατόμου υπαγορεύονται και σχετίζονται με την κοινωνική πραγματικότητα της οποίας οι αντιθετικές κατηγορίες διαιρούν την ανθρώπινη σκέψη (S. Moscovici, 1984α).

Σε ένα άλλο επίπεδο, ο Gordon W. Allport, στην κλασσική του μελέτη για την έννοια των στάσεων στο εγχειρίδιο του Murchison (1935), έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στις διαπροσωπικές πλευρές της κοινωνικής πραγματικότητας παρά στις δομικές και πολιτιστικές της. Οι στάσεις ορίζονται ως προδιαθέσεις οι οποίες μαθαίνονται και συνεπώς ως τέτοιες είναι κοινωνικές στη φύση τους. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι οι στάσεις θεωρούνται ατομικές προδιαθέσεις οι οποίες εισάγονται στην κοινωνική ψυχολογία προκειμένου να εξηγήσει τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων στην αντίδρασή τους στο ίδιο ερέθισμα. Οι έννοιες της γνωστικής αναπαράστασης και η προδιαθεσιακή απάντηση του ατόμου συγχωνεύονται. Η έννοια όμως της πρώτης λαμβάνει για την Αμερικάνικη κοινωνική ψυχολογία σχετίζεται με την αντίδραση στην συμπεριφοριστική (ερέθισμα-αντίδραση) ψυχολογία και διαφοροποιείται συνεπώς από την έννοια των συλλογικών αναπαραστάσεων του Durkheim (J. Jaspars & C. Fraser, 1984; I. Κατερέλος, 1996).

Η στάση για τους Allport, Campbell, Fishbein και πολλούς άλλους κοινωνικούς ψυχολόγους είναι κυρίως μια –λιγότερο ή περισσότερο–μόνιμη ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Οι Thomas & Znaniecki (1918) παρουσιάζουν τη στάση αρχικά ως αντανάκλαση του κοινωνικού κόσμου στο άτομο θεωρώντας ότι οι στάσεις είναι το αντίγραφο των κοινωνικών αξιών. Τα αντικειμενικά πολιτιστικά στοιχεία της κοινωνικής ζωής αποτελούν τις κοινωνικές αξίες και τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά των ατόμων σε μια κοινωνική ομάδα, τις στάσεις. Η στάση είναι μια διαδικασία ατομικής συνείδησης η οποία προσδιορίζει την πραγματική ή πιθανή δραστηριότητα του ατόμου στον κοινωνικό κόσμο. Συνεπώς διαχωρίζεται από τη ψυχολογική θέση του ατόμου (ό.π.).

Ο McGuire (1985) θεωρεί τις στάσεις ως ανταποκρίσεις οι οποίες εγκαθιστούν «αντικείμενα σκέψης» (object of thoughts) στις «διαστάσεις κρίσης» (dimensions of judgement). Τα στοιχεία των στάσεων είναι: πρώτα από όλα υπάρχει ένα αντικείμενο σκέψης το οποίο κατασκευάζεται και αξιολογείται από το άτομο, ενέργειες οι οποίες περιγράφονται και προγράφονται από την ιστορία, την αντίληψη της στιγμής και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Καμιά αξιολόγηση δεν πραγματοποιείται χωρίς το αντικείμενο και κανένα αντικείμενο, το οποίο παραμένει στη συνείδησή μας παραμένει μη-αξιολογήσιμο (M. Bergman, 1998).

Η στάση είναι η γνωστική κατασκευή και η αξιολόγηση ενός αντικειμένου από το άτομο. Η στάση δε μετατρέπει κάτι μη-οικείο σε οικείο αλλά αναπαριστά μια υποκειμενική θέση σε ένα αφηρημένο ή συγκεκριμένο αντικείμενο ή σκέψη. Επιπρόσθετα, η στάση διαμορφώνεται στιγμιαία και δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση να μοιράζεται από τα μέλη μιας ομάδας. Τέλος, οτιδήποτε γίνεται αντιληπτό στη διανοητική σφαίρα μπορεί να αποτελέσει ένα αντικείμενο σκέψης και συνεπώς περικλείει μια στάση ενώ δε συμβαίνει αντίστοιχα το ίδιο στην κοινωνική αναπαράσταση (ό.π).

Σε ένα άλλο επίπεδο ανάλυσης, είναι σκόπιμο να μελετηθούν τα δύο διαφορετικά παραδείγματα της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων με αυτής της κοινωνικής ταυτότητας. Πρόκειται για μια ακόμα διαφοροποίηση ανάμεσα στον κόσμο της κοινωνικής σκέψης και της κοινωνικής νόησης.

Αρχικά ο Henri Tajfel επηρεάστηκε από το έργο του J.S. Bruner (1957) ο οποίος μελετάει το σύνδεσμο ανάμεσα στις αντιληπτικές και γνωστικές δραστηριότητες τις οποίες χαρακτηρίζει η άμεση εξάρτησή τους από την κατηγοριακή υπαγωγή των αντικειμένων γνώσης ή αντίληψης (Σ. Παπαστάμου, 1993).

Ο ορισμός της κοινωνικής ταυτότητας σύμφωνα με τον H. Tajfel είναι «η ατομική γνώση ότι ανήκει σε μια σίγουρη ομάδα μαζί με τη συναισθηματική και αξιακή σημασία της ιδιότητας αυτής του μέλους» (Tajfel & Forgas, 1981, σελ 124). Ο J.C. Turner (1985, σελ 94) ορίζει την έννοια του εαυτού ως «γνωστικό στοιχείο του ψυχολογικού συστήματος ή διαδικασίας (...) το οποίο μπορεί να γίνει αντιληπτό ως μέρος της γνωστικής δομής (...)περιλαμβάνει πολλά διαφορετικά στοιχεία». Οι κοινωνικές ταυτότητες αποτελούν ένα από αυτά τα στοιχεία ενώ αποκτούνται και αναπτύσσονται με τον ίδιο τρόπο όπως οι προσωπικές, ως αποτέλεσμα δηλαδή της κοινωνικής διαδικασίας της κατηγοριοποίησης και της διαφοροποίησης.

Ο Η. Tajfel είχε σκοπό να προτείνει ένα μοντέλο ικανό να περιγράψει ορισμένες δυναμικές οι οποίες διέπουν τα κοινωνικά εστιάζοντας την προσοχή του στο διομαδικό επίπεδο (Σ. Παπαστάμου, 1993)¹.

Και οι δύο θεωρίες εστιάζονται στους μηχανισμούς οι οποίοι επιτρέπουν στα άτομα να εσωτερικεύουν την κατηγορία και τα μέλη της ομάδας ως μέρος της έννοιας του εαυτού. Η θεωρία του Η. Tajfel υπογραμμίζει το ρόλο της ομοφωνίας και της ανάγκης της κατηγοριοποίησης των κοινωνικών αντικειμένων και προχωρά στην εξερεύνηση της διατήρησης της αυτό-εκτίμησης και της αίσθησης της διαφοροποίησης από τα άτομα της εξω-ομάδας. Η θεωρία του J.C. Turner εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο η αυτό-κατηγοριοποίηση βρίσκεται στην καρδιά των περισσοτέρων ομαδικών διαδικασιών όπως είναι η ομαδική πόλωση και η στερεοτυπία (M. Cinnirella, 1998).

Η κρίση στην κοινωνική ψυχολογία (1960-1970) παρουσίασε διαφωνία μεταξύ των θεωριών σε βασικά ζητήματα, ενδιαφέροντα και αντικείμενα. Υπάρχει έλλειψη θεωρητικής προόδου και συνέχειας ενώ ταυτόχρονα η επιστημονική αξιοπιστία των μεθόδων που χρησιμοποιούνται από τους κοινωνικούς ψυχολόγους τίθονται κάτω από το πρίσμα της κριτικής και της ερώτησης (J. Jackson, 1988).

Η θεωρία λοιπόν της κοινωνικής ταυτότητας, υποσχόμενη να θέσει σημαντικά ερωτήματα όπως είναι η σχέση του ατόμου με την ομάδα και την προέλευση των διομαδικών συγκρούσεων, χρησιμοποιώντας την ορθόδοξη μεθοδολογία, αποτέλεσε ελκυστικό πολιτικό και επιστημονικό τρόπο απάντησης στην επιστημολογική σύγχυση και στην επιστημονική κοινοτοπία της περιόδου κρίσης της κοινωνικής ψυχολογίας. Επιπρόσθετα, για το λόγο ότι αναδύεται στην Ευρώπη, ως μέρος του νέου κινήματος το οποίο εγκαθιδρύεται εναλλακτικά της κύριας παράδοσης της Νότιας Αμερικής, η ευρεία διάδοσή της βοηθήθηκε σε μεγάλο βαθμό (R. Brown & D. Capozza 2000).

Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική ψυχολογία σκέφτεται για τα στερεότυπα και την αντίληψη της ομοιογένειας στις ομάδες. Ο Η. Tajfel παρουσιάζει τις κατηγοριοποιήσεις και τα στερεότυπα όχι μόνο ως γνωστικές διαδικασίες αλλά αναγνωρίζει και τον κοινωνικό

¹ Σύμφωνα με τους R. Brown & D. Capozza (2000), το μοντέλο του Η. Tajfel έδωσε το ερέθισμα όχι μόνο στη μελέτη των διομαδικών σχέσεων αλλά και στην ανάπτυξη της θεωρίας της αυτό-κατηγοριοποίησης (self-categorization theory), optimal distinctiveness theory, των νέων προσεγγίσεων για την ομαδική συνεκτικότητα και παρακίνηση, της κοινωνικής επιρροής και των στερεοτύπων.

τους ρόλο στην κατανόηση των διομαδικών σχέσεων και της αιτιολόγησης της συμπεριφοράς στα άτομα της εξω-ομάδας εφόσον τις συνδέει άμεσα με τις διαδικασίες της κοινωνικής ταυτότητας. Δεν αποτελούν λάθος αντιλήψεις οι οποίες πρέπει να διορθωθούν αλλά μάλλον αποτελούν αξιόπιστοι οδηγοί κρίσης και δράσης. Η κεντρική υπόθεση της θεωρίας είναι ότι η θετική κοινωνική ταυτότητα στηρίζεται κύρια στην ευνοϊκή διαφοροποίηση της ενδοομάδας η οποία παρακινείται από την επιθυμία του ατόμου να αντιμετωπίζει την ομάδα στην οποία ανήκει και συνεπώς τον εαυτό του με θετικό τρόπο (R. Brown, 2000)².

Ένα σημείο το οποίο αποτελεί κεντρικό θέμα είναι η αντίθεση μεταξύ της διαφοροποίησης και της ομοιογένειας μεταξύ της ατομικής και της κοινωνικής ταυτότητας. Κάθε άτομο χαρακτηρίζεται από κοινωνικά χαρακτηριστικά τα οποία δηλώνουν τη συμμετοχή του σε ομάδα ή κατηγορία αλλά και από προσωπικά ή ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι πιο ιδιοσυγκρασιακά από τα άλλα. Σύμφωνα με τον Tajfel (1972) η κοινωνική ταυτότητα συνδέεται με τη γνώση του ατόμου ότι ανήκει σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα και με τη συναισθηματική αλλά και αξιολογητική σήμανση η οποία προέρχεται από τη αυτή τη συμμετοχή. Ο Turner (1981) θεωρεί ότι η προσωπική ταυτότητα ανταποκρίνεται στη διαπροσωπική συμπεριφορά- η οποία σημαίνει διαφοροποίηση μεταξύ του εαυτού και των άλλων- και η κοινωνική ταυτότητα ανταποκρίνεται στη διαομαδική συμπεριφορά-η οποία σημαίνει διαφοροποίηση μεταξύ ομάδων ή μεταξύ του «εμείς» και του «αυτοί» (J.C. Deschamps & T. Devos, 1998).

Σύμφωνα με την υπόθεση της διακύμανσης (covariation hypothesis), η ενδοομαδική ευνοιοκρατία και η διαομαδική διαφοροποίηση (το οποίο μπορεί να ονομασθεί κοινωνιοκεντρισμός) και η αυτό-ευνοιοκρατία ή η διαφοροποίηση μεταξύ

² Επίσης, δύο θεωρίες ενδιαφέρουσες είναι αυτές της θεωρίας των πιθανών εαυτών (H. Markus & P. Nurius, 1984, 1986, 1987) και των πιθανών κοινωνικών ταυτοτήτων (Possible Social Identities). Η πρώτη θεωρία αναπαριστά τις ατομικές πεποιθήσεις για το τι ο εαυτός ήταν στο παρελθόν και πιθανά να είναι στο μέλλον μαζί με την εκτίμηση της πιθανότητας ότι διαφορετικοί πιθανοί εαυτοί γίνονται αντιληπτοί. Η προοπτική αυτή συνιστά μια αξιολόγηση συνεισφορά εξαιτίας της προσπάθειάς της να ενσωματώσει τη συμβολική αλληλεπίδραση, την κοινωνική νόηση και τις προσεγγίσεις για τον εαυτό. Πρόκειται για μια προοπτική η οποία διαφοροποιείται από τις προηγούμενες λόγω του εξειδικευμένου σκοπού να κατανοήσει την έννοια του εαυτού, τα κίνητρα και την ταυτότητα (M. Cinnirella, 1998). Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία, οι ταυτότητες αυτές διαφοροποιούνται από τις προσωπικές στο ότι οι πρώτες εστιάζονται στην ιδιότητα του ατόμου ως μέλος ομάδας ενώ οι δεύτερες στην ατομική αντίληψη της προσωπικότητάς του. Επιπρόσθετα, οι πρώτες αναφέρονται τόσο σε πιθανές κοινωνικές ταυτότητες (στο παρελθόν ή στο μέλλον) και στις τρέχουσες-τωρινές. Το γεγονός ότι συνδέονται με τη μακρο-κλίμακα και τις διάχυτες κοινωνικές κατηγορίες και ομάδες, όπως είναι οι εθνικότητες και οι φυλετικές ομάδες, και διαχέεται μέσω της μαζικής επικοινωνίας μας παραπέμπει στο ότι υπάρχουν τόσο στη νόηση των ατόμων όσο και της κοινωνίας (κοινωνικές αναπαραστάσεις κατά S. Moscovici).

του εαυτού και του άλλου (το οποίο μπορεί να ονομαστεί εγω-κεντρισμός) αυξάνει όταν δίνεται έμφαση στην κατηγοριοποίηση. Όσο μεγαλύτερη είναι η ταύτιση με την ομάδα τόσο σημαντική είναι η διαπροσωπική διαφοροποίηση μέσα στην ομάδα (ό.π.).

Από μια άλλη προσέγγιση, η προσωπική ταυτότητα δε βασίζεται μόνο στα μοναδικά προσωπικά χαρακτηριστικά αλλά και στη διαφορετική ένταση των κοινών χαρακτηριστικών εκφραζόμενα σε διαφορετική έκταση από το κάθε άτομο και από τα άλλα μέλη της ομάδας. Στο τελευταίο βασίζεται η σύγκριση μεταξύ εαυτού/άλλου σε ενδοομαδικό επίπεδο παρά στη διαφορετική προεξοχή των γνωρισμάτων του κάθε ατόμου. Η κοινωνική θέση φαίνεται να επηρεάζει τη σημασία της σύγκρισης, τον τρόπο με τον οποίο η ομοιότητα μεταξύ εαυτού/άλλων προσδιορίζεται αλλά και το ρόλο του εαυτού. Η έννοια του πρωτότυπου (prototype concept) περιλαμβάνει την ιδέα ότι η ομοιότητα και η διαφοροποίηση συνυπάρχουν. Αναπαριστά μια γενική εικόνα ή ένα ιδεώδες μιας κοινής κατηγορίας, το οποίο επιτρέπει τον προσδιορισμό αλλά και τη διάκριση από άλλες κατηγορίες (C. Serino, 1998).

Η προσωπική ταυτότητα, δεν είναι μόνο μια ιδιοσυγκρασιακή ολότητα αλλά αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές οργανωμένες αρχές των συμβολικών σχέσεων. Το γεγονός ότι παρουσιάζεται υψηλός βαθμός αυτό-ορισμού σε μέλη διαφορετικών ομάδων σχετίζεται με τις γενικές κοινωνικές νόρμες οι οποίες επηρεάζουν αυτούς τους ορισμούς πολύ περισσότερο από ότι η συμμετοχή στις ομάδες. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ατόμων για τη φύση των κοινωνικών ομάδων παρεμβαίνουν στη δόμηση της προσωπικής ταυτότητας (W. Doise, 1998).

Η κοινωνική θέση των ατόμων επηρεάζει τις εμπειρίες αλλά και τις ειδικές αλληλεπιδράσεις και συνεπώς τη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Για παράδειγμα, οι Durand & Delvigne (1992) θεωρούν ότι το γένος, ως ταυτότητα δεν είναι έμφυτο με την ομάδα του φύλου αλλά αναφέρεται στην κοινωνική θέση. Δεν αναφέρεται σε μια δυναμική ομάδα αποδόσεων η οποία παράγεται από τη συμμετοχή στη κατηγορία φύλου. Αποτελεί ένα κοινωνικό δείκτη ο οποίος συνδέεται με την ασύμμετρη θέση των κυριαρχούντων και κυριαρχημένων ατόμων (ό.π.).

Η M. Zavalloni (1983) προτείνει ότι υπάρχουν διαφορετικές ταυτότητες οι οποίες στηρίζονται στη κοινωνική θέση των μελών μιας ομάδας. Δίνει το πιο σημαντικό παράδειγμα της ασύμμετρης ανάπτυξης των ταυτοτήτων των αντρών και των γυναικών. Τα δύο γένη είναι «οι πιο βασικές ομάδες ταυτότητας, όχι μόνο γιατί είναι οι πρώτες οι οποίες μαθαίνονται...αλλά γιατί έχουν παραδοσιακά ενσωματώσει

τις άλλες» (σελ.215) και συνεπώς αποτελεί τη βάση της κοινωνικής ιεραρχίας η οποία είναι κωδικοποιημένη στην κοινωνία.

Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα αποτελεί σημείο συνάντησης του «ψυχολογικού» και του «κοινωνικού» και η εγω-οικολογική έρευνα εστιάζεται στην ανάλυση της δομής του εσωτερικού λειτουργικού περιβάλλοντος του ατόμου ως συστήματος συνάρθρωσης του ατομικού και του κοινωνικού, της προσωπικότητας και του πολιτισμού. Η διαδικασία της σκέψης προΐσταται της δημιουργίας των αναπαραστάσεων του Εαυτού, του Άλλου και της Κοινωνίας και παραπέμπει σε μια συγκεκριμένη γνωστική και συναισθηματική δραστηριότητα (M. Zavalloni, 1983)³.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η προσπάθεια του G. Breakwell επικεντρώνεται στη σύζευξη των παραδειγμάτων της θεωρίας της κοινωνικής ταυτότητας και της θεωρίας των κοινωνικών αναπαραστάσεων και εξετάζει τη σχέση μεταξύ κοινωνικών αναπαραστάσεων και ομάδων. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που παρουσιάζει η θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων είναι ο καθορισμός της διαδικασίας εκείνης η οποία καθορίζει την ενεργή μορφή που η αναπαράσταση λαμβάνει όπως επίσης και να απαντήσει στο γιατί η συγκεκριμένη κοινωνική αναπαράσταση παίρνει τη μορφή αυτή που έχει (G. Breakwell, 1993).

Υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν διαφορετικούς ρόλους στην κοινωνική διαδικασία της κατασκευής, της επεξεργασίας και του μοιράσματος της αναπαράστασης. Συνεπώς, κάθε υποκείμενο είναι μοναδικά τοποθετημένο σε σχέση με τη διαδικασία της κοινωνικής αναπαράστασης. Στην προσπάθειά του να εξηγήσει γιατί μερικά στοιχεία μιας συγκεκριμένης κοινωνικής αναπαράστασης είναι ενσωματωμένα στην προσωπική αναπαράσταση και άλλα όχι, περιγράφει τις διαστάσεις της σχέσης του ατόμου με κάθε κοινωνική αναπαράσταση (G. Breakwell, 2001).

³ Η εγω-οικολογική έρευνα έχει ως αντικείμενο τη ψυχοκοινωνική ταυτότητα και αρχή της είναι η μελέτη του ατόμου ως κοινωνικού δράστη διαμέσου της ανάλυσης αφενός των διαφορετικών ομάδων, όπου το άτομο ανήκει πραγματικά ως μέλος μιας κοινωνίας και ενός δεδομένου πολιτισμού και αφετέρου των ομάδων και των πολύ σημαντικών ατόμων-μελών με τα οποία το άτομο διατηρεί συμβολικές ή πραγματικές σχέσεις (στοιχειώδους κοινωνική μήτρα). Τα δεδομένα της υποκειμενικής γνώμης-οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της κοινωνικής μήτρας που βιώνει το άτομο- ονομάζονται «γνωστικά και συναισθηματικά δίκτυα», είναι εναποθηκευμένα στη μακροπρόθεσμη μνήμη και ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής με τη μορφή πεποιθήσεων, γνώσεων, επιθυμιών, κ.ά. Το εγω-οικολογικό μοντέλο της κοινωνικής ταυτότητας, όπως παρουσιάζεται από τις M. Zavalloni και C. Louis- Guérin αποτελεί μια ιδιογραφική προσέγγιση του ατόμου με το οποίο η σκέψη του ανθρώπου στην καθημερινή του ζωή δημιουργεί και ενεργοποιεί το νοητικό περιεχόμενο, το οποίο εκφράζει την κοινωνική και ατομική του ταυτότητα (M. Zavalloni & C. Louis- Guérin, 1996).

Μια διάσταση είναι η αντίληψη, η συνείσθηση (awareness) προσδιορίζεται κατά ένα μέρος από προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες και η οποία ελέγχεται ως ένα βαθμό από την ιδιότητα του μέλους διαφορετικών ομάδων ή κοινοτήτων αλλά και από τη σημαντικότητα του σκοπού της αναπαράστασης. Επίσης, η κατανόηση (understanding) των κοινωνικών αναπαραστάσεων που αντιλαμβάνονται, η αποδοχή (acceptance) της κοινωνικής αναπαράστασης, η αφομοίωση (assimilation) με προϋπάρχοντα συστήματα προσωπικής αναπαράστασης⁴ και τέλος η κυριαρχία (salience) των κοινωνικών αναπαραστάσεων η οποία διαφοροποιείται μεταξύ των ατόμων αλλά και για το ίδιο άτομο στο χρόνο και στα πλαίσια (ό.π).

Υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρόποι με τους οποίους η ταυτότητα μπορεί να επηρεάσει το πώς το άτομο σχετίζεται με την κοινωνική αναπαράσταση. Η έκθεση σε μερικές πλευρές της κοινωνικής αναπαράστασης μπορεί να προέρχεται από τη συμμετοχή ατόμων σε ομάδες. Επίσης, η συμμετοχή αυτή μπορεί να επηρεάσει την αποδοχή ή την απόρριψη των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Το γεγονός αυτό σχετίζεται με τη σημασία του αντικειμένου για την ομάδα αλλά και τη δύναμη του ατόμου στην ομάδα. Παρότι ο Moscovici έδειξε ότι οι ομάδες μπορούν να περικλείουν σημαντικές διαφοροποιημένες αναπαραστάσεις μεταξύ των μελών τους, το πρόβλημα της έκτασης της ανοχής της ομάδας για διαφωνία είναι καίριο. Επίσης ο Moscovici δεν προσδιόρισε το επίπεδο ομοφωνίας ώστε μια κοινωνική αναπαράσταση να λέγεται ότι μοιράζεται από την ομάδα και γενικά αγνοείται η διαφορετικότητα. Κρίνεται σκόπιμο να προσδιοριστεί η θέση των ατόμων μέσα στην ομάδα, η σχέση τους με το στόχο της αναπαράστασης και το πλαίσιο στο οποίο η αναπαράσταση εκμαιεύεται. Τέλος, η συμμετοχή των ατόμων στις ομάδες προσδιορίζει και τη βαθμό χρήσης των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Ακόμα και στα πιο ομοιογενή δείγματα, τα άτομα προσαρμόζουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις στις προσωπικές επιδιώξεις όπως η αυτό-εκτίμηση, αποτελεσματικότητα, συνέχεια και διακριτικότητα (G. Breakwell, 1993).

Σύμφωνα με την άποψη της S. Jovchelovitch (1998), η διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων περιλαμβάνει την ίδια στιγμή και την πρόταση ταυτότητας και την ερμηνεία της πραγματικότητας. Αυτό σημαίνει ότι όταν τα κοινωνικά υποκείμενα δομούν και οργανώνουν τα αναπαραστασιακά πεδία, γνωρίζουν ποιοι είναι, πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τους άλλους, που

⁴ Η προσωπική αναπαράσταση (personal representation) χρησιμοποιείται για να αναφέρει την εκδήλωση της κοινωνικής αναπαράστασης στο επίπεδο του ατόμου (G. Breakwell, 2001, σελ. 271).

«τοποθετούν» τους εαυτούς τους και τους άλλους και ποιές είναι οι γνωστικές επιρροές που είναι διαθέσιμες σε αυτούς σε μια δεδομένη ιστορική στιγμή. Συνεπώς οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μας λένε για το ποιος κάνει την αναπαραστασιακή δουλειά. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι το δίκτυο διαμεσολάβησης των κοινωνικών μηνυμάτων το οποίο δανείζει τη σύσταση και τα υλικά για τη δόμηση της ταυτότητας.

Ο G. Duveen (1993) ορίζει την κοινωνική ταυτότητα ως τον τρόπο της οργανωμένης εμπειρίας η οποία συνεισφέρει στον ορισμό του εαυτού και τοποθετώντας τον στο συλλογικό κόσμο. Στη διαδικασία διαμόρφωσης της ταυτότητας, τα παιδιά συντάσσουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις οι οποίες είναι διαθέσιμες σε αυτά και με αυτόν τον τρόπο εγκαθιστούν τους εαυτούς τους σε μια συγκεκριμένη θέση στο συλλογικό σύστημα μηνυμάτων⁵.

Επιπρόσθετα, μέσα από την κοινωνιοαναπαραστασιακή προσέγγιση του εαυτού, όπως παρουσιάζεται από τους D. Oyserman & H. Rose Markus (1998), δίνεται έμφαση στην ανάγκη να ληφθεί υπόψιν η αλληλεπίδραση μεταξύ των πολλαπλών πλαισίων στα οποία τα άτομα ταυτόχρονα εμπλέκονται. Υποστηρίζουν ότι ο εαυτός είναι κοινωνική δόμηση και έχει διαπροσωπικό και συλλογικό χαρακτήρα και η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με τις πολιτιστικές αξίες και προοπτικές. Επιπρόσθετα, επισημαίνουν ότι οι σημαντικές μεταβολές στη ζωή συνδέονται με τις μετατοπίσεις πλαισίων οι οποίες έχουν ως συνέπεια τις αλλαγές στο ρεπερτόριο των κοινωνικών αναπαραστάσεων της ατομικότητας το οποίο χρησιμοποιείται για τη κατασκευή, τον ορισμό και την αξιολόγηση του εαυτού.

Συνεπώς, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν είναι απλώς η αντανάκλαση της πραγματικότητας αλλά δημιουργούν την πραγματικότητα με το να παρέχουν δεδομένες αντιλήψεις και περιορίζοντας άλλες. Έχουμε εμπειρία και γνωρίζουμε τον εαυτό μας και τους άλλους μέσα από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις τις οποίες διαμορφώνουμε από τη μελέτη και εκτίμηση της φύσης και της οργάνωσης του ρεπερτορίου των ιδεών, των εικόνων και των ιδεολογιών σε ένα δεδομένο κοινωνιο-πολιτιστικό πλαίσιο.

⁵ Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του φύλου καθορίζουν τις τοποθετήσεις οι οποίες παρέχουν βιώσιμες κοινωνικές ταυτότητες. Η βιωσιμότητα αναφέρεται στο βαθμό που οι τοποθετήσεις αυτές στο φυλετικό σύστημα είναι σταθερές με τις νόρμες και τις αξίες του συστήματος. Η ταυτότητα την οποία το παιδί φέρνει στην κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί μια σημαντική επιρροή σε αυτήν αλλά και στον τρόπο με τον οποίο τα μηνύματα διαπραγματεύονται μέσω αυτού.

Ένα βέβαιο από τα παράδοξα τα οποία αναδύονται από την έρευνα των κοινωνικών αναπαραστάσεων, σύμφωνα με την M. J. Paris Spink (1993), είναι οι δυνατές αντιθέσεις μεταξύ της εστίασης της ομάδας ως το αναπόφευκτο γενικό πλαίσιο παραγωγής των αναπαραστάσεων και της πιθανότητας μελετώντας τις ατομικές περιπτώσεις να γίνουν κατανοητές οι εργασίες των συλλογικών κανόνων και ρόλων.

Με άλλα λόγια, το παράδοξο αυτό αναφέρεται στο τρόπο με τον οποίο είναι πιθανό να βλέπουμε το άτομο στην ομάδα ή την ομάδα στο άτομο. Ο K. K. Bhavnani (1993) υποστηρίζει ότι προκειμένου να κατανοήσουμε την ιδέα της ομάδας στο άτομο είναι αναγκαίο να ρωτήσουμε τα άτομα για την κατανόηση της συγκεκριμένης ομάδας. Οι κατανοήσεις αυτές δεν είναι ταυτόσημες για όλα τα άτομα. Σκόπιμο συνεπώς είναι να εστιαστούμε στις προεξέχουσες κοινωνικές ιδέες και στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα επαναπροσδιορίζουν τις ιδέες αυτές και τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν.

Προτείνει ότι το «κοινωνικό» εμπεριέχει συγκρούσεις και ότι είναι άμεσα συνδεδεμένο με ανισότητες δύναμης. Για παράδειγμα η έννοια του φύλου. Η αρρενωπότητα και η θηλυκότητα δεν είναι ισοδύναμα αλλά διαφορετικά συστήματα τα οποία στηρίζονται στο υποτιθέμενο βιολογικό φύλο του ατόμου αλλά κυρίως στο ότι δημιουργούν σημασίες οι οποίες παράγουν ανισότητες. Συνεπώς, το σύστημα των πεποιθήσεων για το φύλο δεν αποτελεί ένα και ενιαίο σύστημα αλλά πολλά συστήματα. Η κοινή αντίληψη για το φύλο σε κάθε κοινωνικό πλαίσιο δεν είναι μοναδική αλλά πολλές. Με άλλα λόγια, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι αντίθετα ιδεολογικά στοιχεία τα οποία διαμορφώνουν τις «κοινές αντιλήψεις» των συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων.

Συμπερασματικά, η κοινωνική σκέψη σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και δρα το κοινωνικό υποκείμενο και έχει κοινωνικό χαρακτήρα. Η κοινωνική νόηση θεωρεί ότι η σκέψη του ατόμου και η συμπεριφορά του-κάτω από συνθήκες συλλογικότητας-αποτελούν στρεβλώσεις. Η διαδικασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων, οι οποίες εντάσσονται στα πλαίσια της κοινωνικής σκέψης, δεν είναι μόνο γνωστική και δεν αποτελεί αντανάκλαση της πραγματικότητας. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αποτελούν την πραγματικότητα των ατόμων και των ομάδων και με βάση των οποίων λειτουργούν και επικοινωνούν. Οι θεωρίες της κοινωνικής απόδοσης όπως και των στάσεων, παρότι οι πρώτες αναφέρονται σε εσωτερικούς αιτιώδεις παράγοντες και οι δεύτερες παρουσιάζονται ως αντανάκλαση

του κοινωνικού κόσμου στο άτομο θεωρώντας ότι οι στάσεις είναι αντίγραφα των κοινωνικών αξιών, δεν θα πρέπει να εξαιρούνται αλλά να ενσωματώνονται στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Όσο αφορά τη σχέση της θεωρίας της κοινωνικής ταυτότητας, αυτή επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική ψυχολογία αντιλαμβάνεται την ομοιογένεια στην ομάδα. Ο H. Tajfel αναγνωρίζει τον κοινωνικό ρόλο των κατηγοριοποιήσεων και των στερεοτύπων αποδίδοντας το ρόλο-από μια έννοια- των οδηγών κρίσης και δράσης. Η ανάπτυξη θεωριών για τον ορισμό και τις λειτουργίες της κοινωνικής ταυτότητας είναι πολλές. Η κοινωνική ταυτότητα συνδέεται με τη γνώση του ατόμου ότι ανήκει σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα με τη συναισθηματική αλλά και την αξιολογητική σήμανση η οποία προέρχεται από τη συμμετοχή αυτή. Παρόλα αυτά, το γεγονός υψηλού βαθμού αυτο-ορισμού σχετίζεται με τις γενικές κοινωνικές νόρμες. Παράλληλα, η προσωπική ταυτότητα δε βασίζεται μόνο στα προσωπικά και ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά αλλά και στη διαφορετική ένταση των κοινών χαρακτηριστικών. Ο τρόπος δε, με τον οποίο τα άτομα αναπαριστούν και παρουσιάζουν τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες ανήκουν, παρεμβαίνουν στη δόμηση της ταυτότητας όπως προκύπτει με το γένος το οποίο αναφέρεται στην κοινωνική θέση των ατόμων παρά είναι έμφυτο της ομάδας του φύλου.

Ποιά είναι όμως η σχέση των κοινωνικών αναπαραστάσεων και της κοινωνικής ταυτότητας; Στην προσπάθειά του ο G. Breakwell να περιγράψει τις διαστάσεις της σχέσης του ατόμου με κάθε κοινωνική αναπαράσταση, υποστηρίζει ότι η σημαντικότητα του σκοπού της αναπαράστασης και η ιδιότητα του ατόμου ως μέλος ομάδας επηρεάζει την αποδοχή ή την απόρριψη των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Τέλος, σύμφωνα με την S. Jovchelovitch, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις περικλείουν παράλληλα και την ερμηνεία της πραγματικότητας αλλά και την πρόταση ταυτότητας. Επειδή όμως η τελευταία σχετίζεται με την ιδέα της ομάδας στο άτομο, είναι σκόπιμο να διερευνήσουμε τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνεται η συγκεκριμένη ομάδα από τα άτομα-μέλη της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β: ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Β1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Το θέμα της υπογονιμότητας έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και θεωρητικούς διαφορετικών κατευθύνσεων: ιατρικής, κοινωνιολογίας, ψυχολογίας, νομικής, φιλοσοφίας, φεμινισμός, κλπ. Οι διαφορετικές αυτές κατευθύνσεις μαρτυρούν τις πολύπλευρες διαστάσεις του θέματος της υπογονιμότητας.

Μεγάλος αριθμός συγγραφέων έχουν δώσει προσοχή στη στρεσογόνα φύση της υπογονιμότητας. Όπως αναφέρουν οι (R. Edelman, K. Connolly, H. Bartlett, 1994) η εμπειρία της υπογονιμότητας εντάσσεται στο θεωρητικό πλαίσιο της κρίσης ή συνδέεται με την εμπειρία της χρόνιας ασθένειας και ανικανότητας.

Πολλά άτομα τα οποία βιώνουν την υπογονιμότητα περνούν μια σειρά συναισθηματικών αντιδράσεων ή φάσεων τυπικές άλλων εμπειριών πένθους ή κρίσης. Παρότι όμως οι φάσεις αυτές έχουν αναλυθεί με διαφορετικό τρόπο από τους συγγραφείς (E.P. Cook, 1987; P. Mahlstend, 1985; A.M. Mathews & R. Mathews, 1986; B. Menning, 1988), μερικές βασικές αντιδράσεις όπως έχουν περιγραφεί από μερικούς είναι η άρνηση, ο θυμός, η απομόνωση, η ενοχή, η θλίψη, το πένθος, η αποδοχή ή η λύση (L. Forest & M.S. Gilbert, 1992, σελ 45).

Σύμφωνα με την E. Cook (1987), η ανακάλυψη της υπογονιμότητας μπορεί να προκαλέσει μια σύνθετη βιο-ψυχο-κοινωνική κρίση η οποία μπορεί να πάρει καιρό προκειμένου να επιλυθεί. Χαρακτηρίζεται ως τέτοια διότι περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση των φυσικών συνθηκών που προδιαθέτουν την υπογονιμότητα, την ιατρική παρέμβαση αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, τις κοινωνικές θέσεις για το γονεϊκό ρόλο, τις αντιδράσεις των άλλων και τα ατομικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Η ιδέα του ψυχολόγου E. Erikson (1950), J. Bowlby (1969) και C. Murray Parkes (1989) επηρέασαν την προσέγγιση της B. Menning και των D. & P Houghtons (J. Monach, 1993). Η B. Menning (1975, 1980) είναι η πρώτη η οποία γράφει ειδικά για την υπογονιμότητα ως κρίση ζωής. Το κίνητρο του ατόμου για εγκυμοσύνη και η άσκηση του γονεϊκού ρόλου απειλείται και συνεπώς η αναζήτηση της λύσης διερευνάται. Το κίνητρο σχετίζεται με τις κοινωνικές πιέσεις και το ρόλο της εκπλήρωσης, τη ψυχολογική μυσταγωγία μετάβασης στην ενηλικίωση, την επιθυμία για γενετική συνέχεια και την απόδειξη της θηλυκότητας ή της αρρενωπότητας (S. Covington, 1988).

Η B. Menning (1980) προτείνει την αναπτυξιακή διαδικασία των αναπτυξιακών αντιδράσεων όπως είναι η δυσπιστία και η έκπληξη, η άρνηση, ο θυμός, η απομόνωση, η ενοχή, το πένθος και η λύση.

Η κρίση της υπογονιμότητας χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο πολύπλοκων αντιδράσεων ως αποτέλεσμα των ισχυρών προσδοκιών για τη σύλληψη και την ανατροφή των παιδιών από τη μια και την ανακάλυψη της υπογονιμότητας από την άλλη. Αντανακλά μια πολυπλευρική απώλεια η οποία περιλαμβάνει τις σχέσεις, υγεία, κοινωνική θέση, αυτό-εκτίμηση, εμπιστοσύνη, ασφάλεια και ελπίδα (P. Mahlstedt, 1985). Ο φόβος της απώλειας του συντρόφου εξαιτίας της αδυναμίας να εκπληρώσει τον αναμενόμενο ρόλο, η απώλεια της οικονομικής ασφάλειας εξαιτίας του μεγάλου κόστους των ιατρικών επισκέψεων και διαδικασιών, το στίγμα το οποίο τοποθετείται στην ατεκνία, ιδιαίτερα στις γυναίκες, η απώλεια της σεξουαλικής αυθόρμητης διαδικασίας ενώ η κυριότερη είναι αυτή της έλλειψης ελέγχου εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν μπορούν να προγραμματίσουν μακροπρόθεσμα το μέλλον τους λόγω του ότι η προσπάθεια ελέγχου της χρονικής στιγμής προγραμματισμού της εγκυμοσύνης, γέννησης και των αυξανόμενων υποχρεώσεων σε συσχέτιση με τις απαιτήσεις της εργασίας για παράδειγμα.

Η πρωταρχική απώλεια από την υπογονιμότητα είναι αυτή του βιολογικού παιδιού. -Παρότι η υπογονιμότητα ως αδυναμία σύλληψης διαχωρίζεται από την απώλεια εγκυμοσύνης, η αναπαραγωγική απώλεια εμπεριέχει και τις δύο εκδοχές. - Όπως όμως άλλες απώλειες οδηγεί σε πολλές συσχετιζόμενες απώλειες όπως της γενετικής συνέχειας, της αυτό-εικόνας ως γόνιμο άτομο, της ευκαιρίας να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο του οικογενειακού κύκλου ζωής, της εμπειρίας του γονεϊκού ρόλου κ.α. (P. Conway & D. Valentine, 1988).

Σύμφωνα με την αναπτυξιακή θεωρία του Εγώ, η ψυχική δόμηση του “εαυτού” διαμορφώνεται νωρίς στη ζωή. Το Εγώ αντανακλά τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τα σώματά τους (εικόνα σώματος) και πώς βλέπουν τους εαυτούς τους σε σχέση με τους άλλους (εαυτού εικόνα). Τα υπογόνιμα άτομα αισθάνονται ότι τα σώματά τους, η βασική αίσθηση του ποιοι είναι, είναι ελαττωματικά και αισθάνονται ντροπή για αυτά. Η υπογονιμότητα συνδέεται με την αίσθηση της σεξουαλικής αποτυχίας εφόσον δεν μπορούν τα άτομα να κάνουν παιδί και συνεπώς η αυτο-εκτίμηση, η αυτο-εμπιστοσύνη και η σεξουαλικότητα συνιστούν καταστροφικές εμπειρίες (S. Covington, 1988).

Τα υπογόνιμα άτομα έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τους εαυτούς τους ως έχουν κάποια μορφή σεξουαλικής δυσλειτουργίας και να αισθάνονται σαν αποτέλεσμα ότι είναι σεξουαλικά μη ελκυστικά άτομα (D. Rosenfeld & E. Mitchell, 1979). Επίσης, τα άτομα αισθάνονται ένοχα και μη ικανά εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν έχουν ανταποκριθεί στις προσδοκίες που αναμένονται από το ρόλο του βιολογικού τους φύλου όσο αφορά το γονεϊκό ρόλο και αισθάνονται μη-θηλυκά ή μη αρρενωπά (A. Kraft et al, 1980; P. Mahlstedt, 1985; D. Rosenfeld & E. Mitchell, 1979)

Η ενοχή, η αυτοκατηγορία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση συναντάται κυρίως στα άτομα τα οποία παρουσιάζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας και πιθανά στην προσπάθεια να ξαναποκτήσουν την αίσθηση του ελέγχου στη ζωή τους προσπαθούν να εντοπίσουν το πρόβλημα στις προηγούμενες ιατρικές ή σεξουαλικές ιστορίες του παρελθόντος (E. Cook, 1987).

Εξαιτίας του γεγονότος του διαχωρισμού της βιολογικής και κοινωνικής πλευράς της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες οι οποίες δεν έμειναν ποτέ στη ζωή τους έγκυες έχασαν και τις δύο πλευρές της εμπειρίας αυτής. Επιπρόσθετα, οι υπογόνιμες γυναίκες μπορεί να αισθάνονται απομονωμένες και διαφορετικές από τις άλλες γυναίκες εξαιτίας του ότι δεν έχουν παιδιά και διότι οι άλλοι δε μοιράζονται και δεν καταλαβαίνουν την εμπειρία της υπογονιμότητας (ό.π.).

Η S. Covington (1988) θεωρεί την ανικανότητα της σύλληψης μια χρόνια κατάσταση. Η απώλεια αναδύεται σταδιακά μέσα στο χρόνο όσο το ζευγάρι προσδιορίζει το πρόβλημα, αναζητά θεραπευτική αντιμετώπιση και λύσεις. Για μερικά μάλιστα ζευγάρια, η διαδικασία μπορεί να διαρκέσει για χρόνια με όχι διάγνωση ή αποτελεσματική θεραπεία. Οι L. Forrest & M. Gilbert (1992) αναφέρουν ότι πολλοί συνδέουν την μηνιαία διαδικασία περιόδου των γυναικών με τη χρόνια κρίση που μπορεί να χαρακτηρίζει την υπογονιμότητα.

Η εμπειρία της υπογονιμότητας διαμορφώνεται μέσα από ένα σύνολο φάσεων τυπικών άλλων εμπειριών κρίσεων, οι οποίες όμως διαφοροποιούνται από διάφορους συγγραφείς. Όπως υποστηρίζουν οι L. Forrest & M. Gilbert (1992), κάποιες κοινές αντιδράσεις που έχουν περιγραφεί είναι η άρνηση, ο θυμός, η απομόνωση, η ενοχή, η κατάθλιψη, το πένθος και η αποδοχή ή η λύση, χωρίς όμως να προσδιορίζεται η ακριβής χρονική σειρά εμφάνισης των φάσεων αυτών.

Ο αντίκτυπος των προσεγγίσεων αυτών στην κατανόηση της φύσης της ατεκνίας υπογραμμίζεται από την έμφαση στις αιτίες της υπογονιμότητας και τη σχέση της με τις ψυχολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Εν τούτοις όμως,

κατηγορούνται για τη προκατάληψη προς τις γυναίκες εφόσον οι προσεγγίσεις αυτές εξισώνουν, σύμφωνα με τη φεμινιστική ματιά, τη γυναίκα με τη μητέρα. Αφετέρου, παρότι υπάρχει μνεία για τους πολιτιστικούς παράγοντες, παρόλα ταύτα, δεν καθορίζονται με σαφήνεια στις ερευνητικές εργασίες.

Επίσης, ο A.L. Greil (1991) παρουσιάζει την αναλογία της υπογονιμότητας με τη χρόνια ασθένεια και ανικανότητα με σκοπό να ρίξει περισσότερο φως στην εμπειρία των υπογόνιμων ζευγαριών. Η ανάλυση του κοινωνικού πλαισίου της εμπειρίας της ανικανότητας και της χρόνιας ασθένειας μπορεί να βοηθήσει-κατά την άποψη του συγγραφέα-στην εξήγηση σημαντικών πλευρών της εμπειρίας της υπογονιμότητας όπως είναι η τάση των γυναικών να επηρεάζονται πιο άμεσα από ότι οι άντρες. Τέλος, η αναλογία αυτή μπορεί να εξηγήσει το γεγονός ότι η ιατρικοποίηση της υπογονιμότητας μπορεί να επηρεάσει την εμπειρία αυτής.

Στην κοινωνιολογική έρευνα πάνω στην ανικανότητα ως απόκλιση έχουν χρησιμοποιηθεί οι θεωρίες της κοινωνικής αντίδρασης (social reaction) και της θεωρίας της ετικέτας (labeling theory approach) ώστε να μελετήσουν την ανικανότητα. Ο C.E. Miall (1985), χρησιμοποιώντας την τυπολογία του στίγματος κατά E. Goffman⁶, τα άτομα τα οποία είναι χωρίς τη θέλησή τους άτεκνα μπορεί να ειπωθεί ότι στιγματίζονται στη βάση των μη κανονικών σωματικών λειτουργιών όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η έλλειψη της αναπαραγωγικής ικανότητας. Στη μελέτη του επισημαίνει ότι ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στο ρόλο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στη διαμόρφωση της στιγματισμένης υπογόνιμης ταυτότητας.

Στην κοινωνιολογική έρευνα, οι θεωρίες της κοινωνικής αντίδρασης (social reaction) και της θεωρίας της ετικέτας (labeling theory approach) μελετούν την ανικανότητα ως απόκλιση.

Επίσης, εξετάζοντας τους τρόπους με τους οποίους οι άτεκνες γυναίκες χωρίς τη θέλησή τους χειρίζονται την απόδοση αυτή του στιγματισμού στην αλληλεπίδραση με τους άλλους, ο C.E. Miall (1986) προσπάθησε να παρουσιάσει τις στρατηγικές διαχείρισης της πληροφορίας. Η διάκριση του στίγματος της υπογονιμότητας από αυτό του «ευγενούς» στίγματος (courtesy) το οποίο παρατηρείται στις γυναίκες των οποίων οι άντρες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας ήταν από τα κυριότερα συμπεράσματα της μελέτης του.

⁶ Goffman Ervin, "Stigma", New Jersey, Prentice-Hall, 1963.

Στο επίπεδο της αυτοβιογραφίας, μερικοί ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις συνέπειες του να είναι κάποιος ή κάποια υπογόνιμο άτομο. Οι M. Sandelowski & L.S. Jones (1986) βασιζόμενοι στη βιβλιογραφία σχετική με την αμφιλεγόμενη κοινωνική στήριξη προς τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, διαπίστωσαν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γυναικών αυτών και των συντρόφων, των γνωστών τους αλλά και των ξένων ατόμων. Επισημαίνουν ότι οι ερευνητές θα πρέπει να εστιάσουν περισσότερο την προσοχή όχι στην αιτιολογία της υπογονιμότητας αλλά στον αντίκτυπο που έχει στο άτομο.

Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι στρεσογόνα (J. Blenner, 1992) και περιλαμβάνει την ιατρικοποίηση του πιο στενού και ιδιωτικού κόσμου του ζευγαριού. Και τα δύο μέλη αναμένονται να συμμετέχουν. Ο άντρας να δώσει σπέρμα όταν χρειάζεται και η γυναίκα λαμβάνει ορμόνες για την ωοληψία, δίνει συνεχώς αίμα για εξέταση και αναμένει την εγκυμοσύνη μετά την εμβρυομεταφορά. Αποτυχία στη διαδικασία αυτή -εφόσον η εξωσωματική θεωρείται η τελευταία ευκαιρία της θεραπείας της υπογονιμότητας- αποτελεί η μη κύηση και η οποία έχει ως συνέπεια το ζευγάρι να έρχεται αντιμέτωπο με την έννοια της υπογονιμότητας (L. Dennerstein & C. Morse, 1988).

Σε μερικά άτομα, το στρες από τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία στην οποία καταφεύγουν τα υπογόνιμα ζευγάρια είναι εμφανές και στη σεξουαλική ζωή τους. Τα παράπονα για το γεγονός ότι το σεξ γίνεται τόσο κρύο και πάντα με σκοπό ενώ ο προγραμματισμός της ερωτικής πράξης εξασθενεί τον αυθόρμητο χαρακτήρα του (ό.π).

Επιπρόσθετα, κάποιοι ερευνητές προσπάθησαν να διαμορφώσουν το ψυχολογικό προφίλ των γυναικών και των συντρόφων τους οι οποίοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αρχικά διαπιστώνεται ότι υπάρχει φιλοδοξία, δημιουργικότητα και ανεξαρτησία όταν ξεκινά η διαδικασία της εξωσωματικής. Στην περίπτωση της μη επιτυχημένης διαδικασίας, θυμός και κατάθλιψη είναι σε σημαντικά υψηλά επίπεδα ενώ η ενεργητικότητα σε χαμηλά, καθώς επίσης και η ενοχή, η κενότητα, η στεναχώρια (ό.π).

Από μια άλλη πλευρά, διατυπώνεται η άποψη ότι οι μετρήσεις της κατάθλιψης και του άγχους των ατόμων που εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, βρίσκονται στα ίδια επίπεδα με αυτά του φυσιολογικού πληθυσμού. Οι έρευνες τείνουν να αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια τα οποία εντάσσονται στην

εξωσωματική γονιμοποίηση ως ομοιογενές σύνολο αγνοώντας το παλιό ιστορικό γονιμότητας και τη διακύμανση στην ικανότητα προσαρμογής σε απειλούμενα γεγονότα, τη διάγνωση και την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης (R. Edelman, K. Connolly & H. Bartlett, 1994). Συμπερασματικά της έρευνας αυτής μπορεί να αναφερθεί ότι μόνο τα ζευγάρια τα οποία αισθάνονται ικανά να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές απαιτήσεις φτάνουν σε αυτό το στάδιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους, στεναχώριας, θλίψης σε περίπτωση την οποία η διαδικασία αποδειχθεί ανεπιτυχής. Δε διατρέχουν όμως κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές (L.H. Burns, 2000).

Εξαιτίας του γεγονότος ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση θεωρείται για το ζευγάρι η τελευταία ευκαιρία για την απόκτηση βιολογικού παιδιού (L. Dennerstein & C. Morse (1988), D. Greenfeld et al (1983)), κάθε κύκλος θεραπείας δημιουργεί συναισθηματική πίεση. Οι δύο όμως κύριες φάσεις που προκαλούν περισσότερο στρες είναι η φάση της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς (M. Seibel & S. Levine (1987)). Οι φάσεις αυτές αποτελούν τα σημεία κλειδιά στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, όπου η αβεβαιότητα της γονιμοποίησης και του αποτελέσματος της εμβρυομεταφοράς, οδηγούν στην απώλεια ελέγχου των ατόμων πάνω στα γεγονότα (K. Connolly et al, 1993).

Όπως αναφέρουν οι K. Sanders & N. Bruce (1999), υπάρχουν έρευνες οι οποίες αποδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα του ψυχοκοινωνικού άγχους μεταξύ των ασθενών εξαιτίας των παρεμβατικών τεχνικών της εξωσωματικής γονιμοποίησης όπως των V. Callan & J. Hennessey (1988), D. Merari et al (1992), J. Boivin et al (1995), J. Boivin et al (1998). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την πιθανή επιρροή των ψυχοκοινωνικού στρες πάνω στο αποτέλεσμα των ιατρικών διαδικασιών όπως στις μελέτες των K. Demyttenaere et al (1992), D. Mereri et al (1992), P. Thiering et al (1993), C. Harlow et al (1996), S. Stoleru et al (1997), M. Milad et al (1998).

Σε παρόμοιο πλαίσιο, κινήθηκαν και οι (K. Sanders & N. Bruce, 1999) οι οποίοι προσπαθούν να προσδιορίσουν τη βαρύτητα των ψυχο-κοινωνικών παραγόντων στο αποτέλεσμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί έχουν τη βάση τους στις κοινωνικές σχέσεις και τους διακανονισμούς μεταξύ των ατόμων και μεσολαβούν μέσω ψυχολογικών διαδικασιών. Για τα ζευγάρια που

εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης οι παράγοντες αυτοί είναι η υπογονιμότητα, η άβολη κατάσταση των καθημερινών ενέσεων και εξετάσεων αίματος, η αποδοχή των χαμηλών συχνοτήτων επιτυχίας, η αναμονή των αποτελεσμάτων και οι οικονομικές πιέσεις. Η μελέτη των παραγόντων τρόπου ζωής, όπως είναι η προηγούμενη αναπαραγωγική ιστορία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και οι εργασιακές δεσμεύσεις μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα των γυναικών να αντιμετωπίσουν την ιατρική παρέμβαση. Η προγνωστική αξία προσδιορίζεται από τις παραμέτρους προσωπικότητας, της κατάσταση της διάθεσης και των παραπάνω παραγόντων.

Διαπιστώνουμε ότι οι έρευνες της ψυχολογικών συνεπειών της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης εστιάζονται τόσο σε ζευγάρια άλλα κυρίως μόνο σε γυναίκες. Επίσης, τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση στην πρόγνωση επίτευξης της εγκυμοσύνης σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι όμως δεν φαίνεται να περικλείουν επαρκώς την κοινωνική διάσταση της υπογονιμότητας.

Μια άλλη ομάδα ερευνητών μελετά τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της θεραπείας της υπογονιμότητας. Πιο συγκεκριμένα ο J. Blenner (1992) εξετάζει τα εξής θέματα: α) οι πλευρές της εκτίμησης και της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας οι οποίες ταλαιπωρούν το υπογόνιμο ζευγάρι και πως τις χειρίζονται, β) οι πλευρές του συστήματος υγείας το οποίο διευκολύνει ή παρεμποδίζει τις διαδικασίες της θεραπείας και γ) η αντίληψη των ατόμων για το χειρισμό της αντιμετώπισης της υπογονιμότητάς τους από τους γιατρούς αλλά και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της κατάστασης αυτής.

Επίσης, και οι B. Strauss et al (1992) συμπεραίνουν ότι η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας δημιουργεί σημαντικό στρες στα άτομα τα οποία εμπλέκονται σε αυτήν. Οι B. Stauss, et al (1998), υιοθετώντας το ψυχο-νευροενδοκρινολογικό στρες μοντέλο υπογονιμότητας⁷ προσπαθούν να εντοπίσουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπογόνιμων ζευγαριών και δίνουν έμφαση στην ψυχολογική εξέταση των ζευγαριών τα οποία χρησιμοποιούν τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής (πρακτικό συμπέρασμα) χωρίς όμως να διευκρινίζονται οι στόχοι της εξέτασης αυτής. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, η έρευνα αυτή διαφέρει από άλλες στο γεγονός ότι δε συμπεριλαμβάνονται μόνο οι γυναίκες (όπως C.R. Garcia et al, 1985; L. Dennertsein

⁷ Το αξίωμα του μοντέλου αυτού είναι ότι το ψυχολογικό στρες μπορεί να προκαλέσει-μέσω pituitary-hypothalamic-adrenal axis-την «καταστολή» των αναπαραγωγικών λειτουργιών (δες, Wasser S.K. &

& C. Morse, 1998; B. Stauss et al, 1992) αλλά και τα δύο μέρη του ζευγαριού. Επίσης δίνεται βαρύτητα στη διαδικασία των αποδόσεων των ατόμων για την υπογονιμότητα σε σχέση με τα διαπροσωπικά προβλήματα και τα ψυχολογικά παράπονα και αναζητούν τον αντίκτυπο στην πρόβλεψη της επίτευξης εγκυμοσύνης αλλά και στη διακοπή της ιατρικής παρέμβασης.

Ο Robert Snowden (1998) υποστηρίζει ότι η ψυχο-κοινωνική έρευνα πάνω στα θέματα: παιδί-γονείς, άντρας-γυναίκα και σχέσεις συγγένειας τα οποία προκύπτουν από τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής έχει την αξία και λόγω των εγγενών ενδιαφερόντων της αλλά και της εικόνας του τι σκιαγραφείται ως «κανονική» αναπαραγωγική διαδικασία. Οι ραγδαίες εξελίξεις στην βιο-ιατρική καθώς και στη βιο-τεχνολογική επιστήμη έχουν παρουσιάσει ασυνέχειες (discontinuities) με το παρελθόν σχετικά με τα φαινόμενα της τεκνοποίησης, της αναπαραγωγής και του γονεϊκού ρόλου.

Σε ένα άλλο επίπεδο, ο K. R. Daniels (1998) διερευνά τις κοινωνικές προεκτάσεις και τις κοινωνικές υπευθυνότητες των γυναικών καθώς και των αντρών οι οποίοι παρέχουν γαμέτες –ωάρια ή σπερματοζωάρια- για τους άλλους. Παρότι οι νομικές πλευρές έχουν αποσαφηνιστεί με ένα αριθμό αρμοδιοτήτων, οι ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις είναι πολύ περισσότερο προβληματικές. Στην έρευνά του διαπιστώνει ότι το κλειδί για την αποδοχή της κοινωνικής υπευθυνότητας των ατόμων που παρέχουν γαμέτες αποτελεί το σύνολο των απόψεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των ιατρών.

Οι D. Fielding et al (1998) παρουσιάζουν την εμπειρία αλλά και τα κίνητρα της δωρεάς των ωαρίων, ένα κεφάλαιο το οποίο δεν έχει διερευνηθεί τόσο όσο αυτό της δωρεάς σπερματοζωαρίων ⁸.

Επιπρόσθετα, πολλές έρευνες με φεμινιστικό προσδιορισμό προσπαθούν να παρουσιάσουν την καταπίεση την οποία δέχονται οι γυναίκες εξαιτίας του γεγονότος ότι θεωρούνται από την κοινωνία υπεύθυνες για την υπογονιμότητα του ζευγαριού αλλά και του γεγονότος της απώλειας ελέγχου στα σώματά τους με την επέμβαση της ιατρικής επιστήμης (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή). Δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στο λόγο των γυναικών και συνήθως χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοβιογραφίας.

Isenberg D.Y. (1986) "Reproductive failure among women", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, σελ. 153-175.

⁸ Daniels, 1989, 1992; Cook & Golombok, 1995.

Τέλος, η νομική επιστήμη καλείται να καλύψει τα νομικά κενά που παρουσιάζει η χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και κυρίως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (εξωσωματικής γονιμοποίησης). Πλήθος συγγραμμάτων αναφέρονται στη νομική αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν από τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και αφορούν τη θεσμοθέτηση πρακτικών για τη διασφάλιση των νομικών συμφερόντων των άμεσα εμπλεκομένων καθώς και τη διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας.

B2. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ: Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ

B2.1 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ο όρος υπογονιμότητα (infertility) υποδηλώνει την αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει εγκυμοσύνη ή του άντρα να προκαλέσει εγκυμοσύνη. Στην ιατρική πρακτική, μια κοινή διευκρίνιση είναι ότι η αποτυχία θα πρέπει να έχει διάρκεια ενός χρόνου κανονικής και μη-προστατευόμενης ερωτικής συνεύρεσης. Η στειρότητα η οποία αναφέρεται, συνήθως αμετάκλητα, στην ανικανότητα του ατόμου να αναπαράγει, σχετίζεται κύρια με την παθολογία (J. Monach, 1993).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) όριζε τη στειρότητα ως “μη σύλληψη μετά από διετή έκθεση στην πιθανότητα εγκυμοσύνης” ενώ η Υπηρεσία Τεχνολογικής Αξιολόγησης (Ο.Τ.Α.) ως “μη επίτευξη της εγκυμοσύνης μετά από 12μηνιαία σεξουαλική σχέση χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικών μέσων”. Όπως επισημαίνει η Παπαληγούρα (2000) ο ορισμός αυτός της στειρότητας καλύπτει ένα ευρύ φάσμα που κυμαίνεται από την απόλυτη στειρότητα μέχρι την υπογονιμότητα και ως εκ τούτου δεν είναι ακριβής και ευρέως αποδεκτός.

Εκτιμάται ότι παγκοσμίως ένα στα έξι ζευγάρια αναπαραγωγικής ηλικίας, αντιμετωπίζουν αδυναμία τεκνοποίησης. Η συχνότητα εμφάνισης του προβλήματος αυτού σε γυναίκες και άντρες είναι σχεδόν η ίδια. Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, το αίτιο εντοπίζεται στη γυναίκα, στο ένα τρίτο στον άνδρα και στο υπόλοιπο ένα τρίτο και στους δύο συντρόφους μαζί.

Ο Καζλάρης (1996) παρουσιάζει τον ορισμό της υπογονιμότητας ενός ζευγαριού ως την απουσία σύλληψης τέκνου έπειτα από ένα έτος προσπαθειών με τακτική και μη προστατευόμενη σεξουαλική επαφή (από τον υπολογισμό του χρόνου αυτού πρέπει να εξαιρεθούν τα χρονικά διαστήματα σεξουαλικής αποχής ή αντισυλληπτικής αγωγής). Η υπογονιμότητα μπορεί να είναι πρωτοπαθής, εάν ο υπογόνιμος άντρας (ή η υπογόνιμη γυναίκα) δεν έχει επιτύχει ποτέ εγκυμοσύνη (ή έστω και συλλήψεις που δεν προχώρησαν σε γέννα) στο παρελθόν, και δευτεροπαθής στην αντίθετη περίπτωση.

Παρότι ο σκοπός της εργασίας δεν είναι η παρουσίαση ιατρικών διαδικασιών, εν τούτοις κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν κάποιοι όροι οι οποίοι θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τις κοινωνικές προεκτάσεις της υπογονιμότητας.

Το ουρογεννητικό σύστημα των αντρών και των γυναικών είναι υπεύθυνο για την τεκνοποίηση. Οι αναπαραγωγικοί αδένες, οι γονάδες-οι ωοθήκες για τις γυναίκες

και οι όρχεις για τους άντρες-παράγουν τα ειδικά γεννητικά κύτταρα,τους γαμέτες – τα ωάρια για τις γυναίκες και τα σπερματοζωάρια για τους άντρες-.

Στους άντρες το ανθρώπινο σπέρμα περιέχει τα σπερματοζωάρια και παράγονται στους όρχεις. Οι αδένες αυτοί επιτελούν δύο λειτουργίες : τη βιοχημική, τη στεροειδογένεση (παραγωγή στεροειδών ορμονών, μεταξύ αυτών και την τεστοστερόνη) και τη μακρά κυτταρική διαδικασία, τη σπερματογένεση. Η τελευταία διακρίνεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από πολλές και αλληπάλληλες διαιρέσεις των πιο άωρων μορφών (με σκοπό την κατανομή του γενετικού υλικού σε όσο το δυνατό περισσότερο κύτταρα) και από τη μειωτική διαίρεση των σπερματοκυττάρων πρώτης τάξης (με σκοπό τη μείωση του αριθμού των χρωμοσωμάτων στο ήμισυ) που δίνει γένεση στα σπερματοκύτταρα δεύτερης τάξης⁹. Από τη μιτωτική διαίρεση των τελευταίων σχηματίζονται τελικά οι σπερματίδες. Στη δεύτερη φάση οι σπερματίδες ωριμάζουν βαθμιαία και μετατρέπονται σε σπερματοζωάρια. Οι ανδρικοί γαμέτες εκκρίνονται κατά εκατομμύρια, αποκτούν τη φυσιολογική γονιμοποιητική ικανότητά τους από την επιδιδυμίδα (συσπειρωμένο “αποχετευτικό” σωλήνα στον οποίο συγκλίνουν τα σπερματικά σωληνάκια των όρχεων) και μετά ενεργοποιούνται από μόνα τους στις γυναικείες αναπαραγωγικές οδούς (τράχηλος, μήτρα, σάλπιγγες) (Κ. Δημόπουλος, 1991).

Τα αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας μπορούν να διακριθούν σε λειτουργικά και αποφρακτικά. Τα λειτουργικά είναι εκείνα που επηρεάζουν κυρίως τη σπερματογένεση και την ωρίμανση των σπερματοζωαρίων (παλίνδρομη εκσπερμάτιση και η έλλειψη ή αδυναμία εκσπερμάτισης), ενώ τα αποφρακτικά εμποδίζουν τη μεταφορά και την αποχέτευση του σπέρματος (συγγενής ή επίκτητη απόφραξη). Η κίρσοκήλη (προ-ορχικό αίτιο), η κρυπορχία, οι τραυματισμοί, οι λοιμώξεις (ορχικά αίτια), οι αποφράξεις, οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και οι ανοσοβιολογικές διαταραχές (μεταορχικά αίτια) μπορεί να οδηγήσουν σε παθολογικές καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με τον αριθμό των σπερματοζωαρίων (ασπερμία, αζωοσπερμία, ολιγοζωασπερμία), την κινητικότητά τους (νεκροσπερμία, ασθενοζωασπερμία) τη μορφολογία τους (ανώμαλες μορφές όπως μακροκέφαλα, μικροκέφαλα, άμορφα, κωνοειδή, ανώριμα, με ελλιπή ουρά, τερατοζωοασπερμία) και

⁹ Το τοίχωμα των σπερματικών σωληναρίων σχηματίζεται από το σπερματικό επιθήλιο το οποίο δίνει τη γένεση σε μια ολόκληρη σειρά κυττάρων με σπουδαιότερες μορφές τα σπερματογόνια, τα σπερματοκύτταρα πρώτης και δεύτερης τάξης και οι σπερματίδες.

τον όγκο τους (υποσπερμία). Τέλος παρουσιάζεται και η ανεξήγητη υπογονιμότητα (Κ. Δημόπουλος, 1991; Α. Παταργιάς & Γ. Αλεπόρου, 1998).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν διάφοροι εξωγενείς παράγοντες που προέρχονται κυρίως από το περιβάλλον στο οποίο ζει ένα άτομο, για παράδειγμα τον τρόπο διαβίωσής του, την επαγγελματική του απασχόληση, τη λήψη διαφόρων φαρμάκων και την επίδραση χημικών ουσιών οι οποίοι δρουν ανασταλτικά στη σπερματογένεση και είναι δυνατόν να προκαλέσουν την εμφάνιση της υπογονιμότητας

Όσο αφορά το γυναικείο κύκλο αυτός χωρίζεται στην ωρίμανση του ωοθυλάκιου (μικρή κύστη που περιέχει το ωάριο) και τη ρήξη του με αποτέλεσμα την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη και τον κύκλο του ενδομητρίου το οποίο προετοιμάζεται για να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο

Η γονιμοποίηση είναι η κυτταρική διαδικασία συγχώνευσης των γαμετών με σκοπό τη δημιουργία του πρώτου κυττάρου του οργανισμού. Δεν πρέπει να συγχέεται με τη σύλληψη, η οποία συμβαίνει μερικές ημέρες μετά όταν το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο.

Η αδυναμία τεκνοποιήσεως, η οποία ονομάζεται υπογονιμότητα, μπορεί να παρουσιαστεί τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες. Τα αίτια της υπογονιμότητας μπορεί να θεωρηθούν μεμονωμένοι παράγοντες ή ακόμα και συνδυασμοί αυτών αλλά μπορεί να οφείλεται είτε αποκλειστικώς στον άνδρα (ανδρικός παράγοντας)¹⁰ είτε αποκλειστικώς στη γυναίκα (γυναικείος παράγοντας)¹¹ είτε και στους δύο (Καζλάρης, 1996).

¹⁰ Οι ανδρικές κατηγορίες υπογονιμότητας –σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.-είναι η σεξουαλική ή εκσπερματική δυσλειτουργία (απουσία στύσεως και/ή εκσπερματώσεως), ανοσολογικό αίτιο (αντισπερματικά αντισώματα), αίτιο εντοπισμένο στο σπερματικό πλάσμα (δε λειτουργούν κάποια ένζυμα), ιατρογενές αίτιο (συνήθως κάποια παλαιότερη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία), συστηματικό αίτιο (διάφορες παθήσεις) ή περιβαλλοντικά αίτια (έκθεση σε τοξικά ή κατανάλωσή τους), συγγενής δυσπλασία ή ανωμαλία (απουσία γεννητικών οργάνων), επίκτητη ορχική βλάβη (από κάθε είδους ατυχήματα), κίρσοκήλη (οι φλέβες του οσχέου διευρύνονται και σχηματίζουν κίρσους, μόνυς και/ή φλεγμονή αδένων (προστατίτιδες, ορχίτιδες, κλπ), ενδοκρινικό αίτιο (υπολειτουργούν ή δε λειτουργούν οι ορμονικοί μηχανισμοί), ιδιοπαθής ολιγο(ζωο)σπερμία (λίγα σπερματοζωάρια), ιδιοπαθής ασθενο(ζωο) σπερμία (τα σπερματοζωάρια κινούνται λίγο), ιδιοπαθής τερατο(ζωο)σπερμία (τα σπερματοζωάρια εμφανίζουν μορφολογικές αλλοιώσεις), ιδιοπαθής α(ζωο)σπερμία (το σπέρμα δεν περιέχει σπερματοζωάρια), αποφρακτική α(ζωο)σπερμία (παράγονται σπερματοζωάρια αλλά δεν περνούν στο σπέρμα), μη ανιχνεύσιμο αίτιο.

¹¹ Οι διαγνωστικές κατηγορίες για τη γυναικεία υπογονιμότητα-σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.- είναι: σεξουαλική δυσλειτουργία (ή πλήρη απουσία σεξουαλικής επαφής), υπερπρολακτιναιμία (υπερβολική έκκριση μιας ορμόνης, της προλακτίνης), οργανικές βλάβες του υποθαλάμου και της υπόφυσης, αμηνόρροια με αυξημένο επίπεδο της θηλακιοτρόπου ορμόνης, αμηνόρροια με φυσιολογικά ενδογενή οιστρογόνα, αμηνόρροια με μειωμένα ενδογενή οιστρογόνα, ολιγομηνόρροια, διαταραχές του κύκλου σε διάρκεια ή προς την ωορρηξία, ανωορρηξία αλλά με φυσιολογική σταθερή διάρκεια κύκλου,

Παράλληλα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από τους εσωτερικούς παράγοντες υπάρχουν και οι εξωτερικοί παράγοντες που επιδρούν στη γονιμότητα και μπορεί να συμμετέχουν στην κατάσταση υπογονιμότητας όπως είναι η χημειοθεραπεία, το χειρουργείο, η ορμονική θεραπεία, ορισμένα αντιβιοτικά, αντΐυπερτασικά ή ηρεμιστικά φάρμακα, τα νευροληπτικά φάρμακα, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, διάφορα νοσήματα (πχ η λοιμώδης παρωτίτιδα), το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας, ο πυρετός υψηλότερος των 38 ° C, ο αλκοολισμός, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, οι συνθήκες ζωής (ο.π).

Συμπερασματικά, ο όρος υπογονιμότητα δηλώνει την αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει εγκυμοσύνη ή του άντρα να προκαλέσει εγκυμοσύνη μετά από δωδεκάμηνη σεξουαλική σχέση χωρίς τη χρήση των αντισυλληπτικών μέσων. Τα αίτια της υπογονιμότητας αναζητούνται στον άντρα ή στη γυναίκα ή και στους δύο και μπορεί να είναι οργανικά ή περιβαλλοντικά ή ψυχολογικά. Επίσης η υπογονιμότητα μπορεί να είναι πρωτοπαθής εάν δεν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη στο παρελθόν ή δευτεροπαθής εάν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη στο παρελθόν.

συγγενείς δυσπλασίες (εκ γενετής απουσία ενός ή περισσότερων αναπαραγωγικών οργάνων ή αδένων), αμφοτερόπλευρη απόφραξη σαλπίγγων, πυελικές συμφύσεις, ενδομητρίωση (παρουσία ενδομητρικού ιστού σε μη φυσιολογική θέση), επίκτητες βλάβες της μήτρας ή του τραχήλου, των σαλπίγγων ή των ωοθηκών, γεννητική φυματίωση, ιατρογενή αίτια, συστηματικά αίτια (παθήσεις, λοιμώξεις, φλεγμονές των αναπαραγωγικών οργάνων), απουσία λαπαροσκοπικής διαγνώσεως, αρνητική δοκιμασία τραχηλικής βλέννης, μη ανιχνεύσιμο αίτιο.

B2.2 Η ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ (ΙΥΤ)

Πρόκειται για την ιατρική βοήθεια με στόχο τη δημιουργία παιδιών από γονείς οι οποίοι αδυνατούν να τεκνοποιήσουν από μόνοι τους, χωρίς ιατρική παρέμβαση και υποβοήθηση και αφορά μια ή περισσότερες φάσεις της φυσιολογικής τεκνοποίησης (Καζλάρης, 1996).

Οι τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εντάσσονται σε ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων και αντιμετώπισης του προβλήματος της υπογονιμότητας. Στο παρελθόν επικρατούσε περισσότερο η ενδομήτρια “σπερματέγχυση” η οποία ήταν και ευρύτερα γνωστή ως τεχνητή γονιμοποίηση. Πρόκειται για γονιμοποίηση έπειτα από τοποθέτηση του σπέρματος του συζύγου ή επιλεγμένου δότη στον τράχηλο ή στη μήτρα της γυναίκας. Η ομόλογη σπερματέγχυση (Artificial Insemination Husband-AID) αφορά τη χρήση του σπέρματος του συζύγου ενώ η ετερόλογη (Artificial Insemination Donor-AID) τη χρήση σπέρματος από επιλεγμένους δότες. Η σημαντικότερη ένδειξη για την ετερόλογη σπερματέγχυση είναι η αζωοσπερμία ή η έντονη ολιγοσπερμία του συζύγου η οποία δε διορθώνεται θεραπευτικά. Λιγότερο συχνές ενδείξεις είναι η αποφυγή μεταβιβάσεως κληρονομικών νοσημάτων από το σύζυγο ή η προφύλαξη από οξεία νόσο ασυμβατότητας Rhesus όταν ο σύζυγος είναι ομόλογος Rhesus θετικός. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αποτυχίας των σπερματοζωαρίων να προσεγγίσουν το ωάριο λόγω εχθρότητας της τραχηλικής βλέννας (Α. Παταργιάς & Γ. Αλεπόρου, 1998; Ι. Δανέζης, 1986).

Στην Ελλάδα, η μέθοδος αυτή ήταν γνωστή από το 1950 και η οποία ξεκίνησε δειλά από ελάχιστους γυναικολόγους και με νωπό σπέρμα. Το 1975 οργανώθηκε από ιδιώτη γιατρό που μετεκπαιδεύτηκε στη Γαλλία, η πρώτη τράπεζα κατεψυγμένου σπέρματος (Ι. Δανέζης, 1986, Σ. Μηλίγκος και συν, 1994).

Επιπρόσθετα, η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF-in vitro fertilization)¹², αναφέρεται σε γονιμοποίηση σε τρυβλίο (δοκιμαστικός σωλήνας) ωαρίου και σπερματοζωαρίου από τους συντρόφους που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Το σχηματιζόμενο έμβρυο στη συνέχεια αναπτύσσεται εκεί επί σαράντα-οκτώ ώρες και κατόπιν μεταφέρονται στην μητρική κοιλότητα. Στις 25 Ιουλίου 1978, η Louise Joy Brown, ένα θηλυκό άτομο, γεννήθηκε στο Oldam Memorial Hospital, κοντά στο Μάντσεστερ της Αγγλίας. Οι Streptoe R. και Edwards R. κατόρθωσαν να επιτύχουν

¹² Οι όροι «in vivo» (ζωντανό περιβάλλον) και «in vitro» (σε γυαλί) χρησιμεύουν διεθνώς για να υποδηλώσουν ότι μια διαδικασία γίνεται μέσα στο σώμα ή εκτός σώματος.

την πρώτη γέννηση παιδιού με εξωσωματική γονιμοποίηση (Α. Πιπεργιάς & Γ. Αλεπόρου, 1998)¹³.

Με την τεχνική της IVF λαμβάνεται αριθμός ωαρίων (ωοληψία) από τις ωοθήκες της γυναίκας που γονιμοποιούνται στο εργαστήριο με το σπέρμα του άντρα συντρόφου, και στη συνέχεια ένας συγκεκριμένος αριθμός από έμβρυα που προκύπτουν από τη διαδικασία αυτή μεταφέρονται στη μήτρα (εμβρυομεταφορά) έτσι ώστε να προκύψει η κύηση.

Αρχικά δίνεται φαρμακευτική θεραπεία για τη διέγερση των ωοθηκών και την ανάπτυξη ωρίμανση αρκετών ωαρίων και για την πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας (γοναδοτροπίνες¹⁴, ανάλογα GnRH (ανταγωνιστές-αγωνιστές GnRH) για την καταστολή της δραστηριότητας όλων των υπολοίπων ορμονών της υπόφυσης προκειμένου να ελεγχθεί και να σταματήσει ο φυσιολογικός κύκλος της γυναίκας)¹⁵. Στη συνέχεια, γίνεται παρακολούθηση και μέτρηση της ανάπτυξης των ωοθυλακίων, εξατομίκευση της δόσης των φαρμάκων και πρόληψη πιθανών παρενεργειών (διακολλικά υπερηχογραφήματα και μέτρηση επιπέδων ορμονών σε δείγμα αίματος).

Η ωοληψία πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία και διαρκεί περίπου 10-20 λεπτά περίπου με χρήση διακολλικού υπερηχογραφήματος και ειδικής βελόνας παρακέντησης. Παράλληλα, την ίδια ημέρα συγκέντρωσης των ωαρίων, λαμβάνεται δείγμα σπέρματος το οποίο μπορεί να ληφθεί με φυσικό τρόπο, μετά από αναρρόφηση από την επιδιδυμίδα (MESA) ή τέλος με εξαγωγή από τους όρχεις (TESA)¹⁶. Το επόμενο στάδιο είναι η γονιμοποίηση του κάθε ωαρίου μαζί με δείγμα σπέρματος σε δοκιμαστικό σωλήνα (τρυβλίο Petri) προκειμένου να γονιμοποιηθεί και η εξέταση την επομένη ημέρα σε μικροσκόπιο για να εξετασθεί αν έχει γίνει η

¹³ Streptoe R., Edwards R., "Birth After Implantation Of A Human Embryo" Lancet, 1978, 2:366.

¹⁴ Η παραγωγή των γοναδοτροπινών με πηγή προέλευσης ανθρώπινα ούρα (ούρα γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση) ξεκίνησε στη δεκαετία του 1960. Η αυξημένη όμως ζήτηση των προϊόντων αυτών τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την ανάγκη ανάπτυξης σκευασμάτων αυξημένης δραστηριότητας και ασφάλειας οδήγησε στην παραγωγή γοναδοτροπινών με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA.

¹⁵ Ο φυσιολογικός αναπαραγωγικός κύκλος των γυναικών ελέγχεται κυρίως από ορμόνες οι οποίες απελευθερώνονται από διάφορα όργανα του οργανισμού. Στη βάση του εγκεφάλου, ο υποθάλαμος παράγει μια ορμόνη που ονομάζεται εκλυτική ορμόνη της γοναδοτροπίνης GnRH η οποία διεγείρει την υπόφυση, αδένas ο οποίος βρίσκεται κάτω από τον υποθάλαμο. Η υπόφυση εκλύει δύο σημαντικές ορμόνες (γοναδοτροπίνες) που συμμετέχουν στην αναπαραγωγή: την ωοθυκιοτρόπο ορμόνη (FSH) και την ωχρινότροπο ορμόνη (LH). Και οι δύο ορμόνες ασκούν άμεση δράση στις ωοθήκες κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου.

¹⁶ Οι τεχνικές συλλογής σπερματοζωαρίων γίνεται είτε από την επιδιδυμίδα είτε από τους όρχεις και γίνεται είτε με βιοψία ή με απευθείας παρακέντηση και αναρρόφηση: MESA (microscopic epididymal sperm aspiration) με εφαρμογή μικροχειρουργικής, PESA (percutaneous epididymal sperm aspiration) με παρακέντηση και αναρρόφηση, TESE (testicular sperm extraction) με βιοψία και TESA (testicular sperm aspiration) με παρακέντηση και αναρρόφηση. (Θ. Μαντζαβίνος & Ν. Κανάκας, 1998).

γονιμοποίηση. Τέλος, συνήθως δύο ή τρεις ημέρες μετά τη γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα η διακολπική μεταφορά στη μήτρα όχι περισσοτέρων από τριών εμβρύων. Τα υπόλοιπα έμβρυα που απομένουν υποβάλλονται σε κρυοσυντήρηση (κατάψυξη) προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε επόμενο κύκλο θεραπείας.

Οι δυσκολίες οι οποίες υφίστανται στα προηγούμενα στάδια της μεθόδου, έχουν σημαντικά ελαττωθεί αν ληφθεί υπόψη ότι στο 70-80% των γυναικών γίνεται εμβρυομεταφορά. Μόνο το 10-20% των εμβρύων που μεταφέρονται καταλήγουν σε επιτυχή κύηση. Οι λόγοι οι οποίοι πιθανολογούνται για τα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας της εμφύτευσης, είναι πολλοί και ποικίλοι (εμβρυϊκές ανωμαλίες χρωμοσωμικής ή άλλης αιτιολογίας, τα διάφορα σχήματα που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση της ωοθυλακιωρρηξίας και επηρεάζουν το ενδομήτριο, και άλλοι) (Δ. Λουτράδης, 1989).

Οι παραλλαγές της μεθόδου αυτής είναι πολλές. Όπως για παράδειγμα η χρήση ωαρίου ή σπερματοζωαρίου από δότριες και δότες. Η μέθοδος GIFT (Gamete Intra-Fallopian Transfer-ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών) και εφαρμόζεται σε γυναίκες οι οποίες έχουν ενδομητρίωση ή σε περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας. Η μέθοδος αυτή μιμείται τη φύση εφόσον η γονιμοποίηση λαμβάνει μέρος στις σάλπιγγες και όχι στο εργαστήριο. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γονιμοποιημένων ωαρίων (Zygote Intra Fallopian Transfer-μέθοδος ZIFT) η οποία εφαρμόζεται κυρίως σε γυναίκες πάσχουσες από ενδομητρίωση, σε ζευγάρια με ανεξήγητη στειρότητα αλλά και σε περιπτώσεις που η στειρότητα οφείλεται σε ανδρικό παράγοντα. (Σ. Καραντζής, 1991). Οι παραπάνω μέθοδοι εφαρμόζονται από περιορισμένο αριθμό εργαστηρίων και προοδευτικά εγκαταλείπονται (Χ. Καζλάρης, 1996).

Από τον Οκτώβριο του 1997 εφαρμόζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα η εμβρυομεταφορά στο στάδιο των βλαστοκύστεων. Η βλαστοκύστη είναι το στάδιο που φτάνει το έμβρυο την έκτη μέρα της ζωής του στη μήτρα. Για το λόγο αυτό τοποθετώντας το έμβρυο στη μήτρα στο στάδιο της βλαστοκύστης υπάρχει ακολουθία των φυσικών διαδικασιών. Κατά την αυτόματη σύλληψη, η γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα στο σαλπγγικό αυλό και η εμφύτευση του προεμβρύου πραγματοποιείται έξι μέρες μετά. (Α. Χρυσικόπουλος, 2002).

Η μικροχειρουργική εξωσωματική γονιμοποίηση (μικρογονιμοποίηση) ICSI (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection), δηλαδή ενδοκυτταροπλασματική – ενδοωαριακή-ένεση σπερματοζωαρίου) αποτελεί μια άλλη τεχνική και αφορά την υπέρβαση των δυσκολιών στη διείσδυση του σπερματοζωαρίου, με την απευθείας

έγχυση ή ένεσή του στο ωάριο. Κατά την τεχνική αυτή, αναρροφάται ένα μόνο σπερματοζωάριο, διαπερνάται με μια κίνηση η διαφανής ζώνη του μαζί με την μεμβράνη του ωαρίου και το σπερματοζωάριο εναποτίθεται «μέσα» στο ωάριο. (Α. Πιπεργιάς & Γ. Αλεπόρου, 1996, Χ. Καζλάρης, 1996). Με τη μέθοδο αυτή δίνεται η δυνατότητα απόκτησης παιδιού από ζευγάρια όπου οι άντρες έχουν ελάχιστα σπερματοζωάρια χωρίς κινητικότητα, ή σπερματοζωάρια αρκετά σε αριθμό αλλά που αδυνατούν να γονιμοποιήσουν για άγνωστους λόγους με την κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση αλλά και οι άντρες με απόλυτη αζωοσπερμία όπου υπάρχει η δυνατότητα λήψης έστω και ελάχιστων σπερματοζωαρίων μέσα από τον όρχι (www.pantos.gr).

Παρεμφερές τεχνικές σε περιπτώσεις σοβαρού βαθμού ολιγοασθενοσπερμίας είναι το τρύπημα της ζώνης του ωαρίου (zona drilling), η μερική εκτομή της ζώνης (partial zona dissection) και η τοποθέτηση σπερματοζωαρίου κάτω από τη ζώνη (subzonal sperm injection). Επίσης, μια άλλη επεμβατική τεχνική είναι το hatching, η οποία γίνεται μηχανικά ή με τη βοήθεια ενζύμων και είναι η δημιουργία πολλαπλών οπών στη ζώνη του προεμβρύου (Θ Μαντζαβίνος & Ν. Κανάκας, 1998).

Τέλος, υπάρχουν και οι δύο περισσότερες αμφιλεγόμενες περιπτώσεις αυτή της κυοφορίας μέσω παρένθετου προσώπου (γυναίκας) με γενετικό υλικό του ενδιαφερομένου ζεύγους γονιμοποιημένο με ποικίλες μεθόδους (παρένθετη μήτρα-δανεισμός ή μίσθωση μήτρας ή μητρότητας) και αυτή της πλήρους υποκατάστασης της ξένης γυναίκας σε ολόκληρο το φάσμα της διαδικασίας της μητρότητας δηλαδή χορήγηση από δότρια, γονιμοποίηση με το σπέρμα του ενδιαφερομένου ζεύγους και κυοφορία από την ξένη γυναίκα (αναπληρωματική ή υποκατάστατη μητρότητα) (Σ. Καραντζής, 1991).

Συνεπώς, η ιατρικώς υποβοηθούμενη τεκνοποίηση/αναπαραγωγή περιλαμβάνει την τεχνική της σπερματέγχυσης (ομόλογη εάν το σπέρμα είναι του συζύγου και ετερόλογη εάν το σπέρμα είναι δοτό), η οποία επικρατούσε περισσότερο στο παρελθόν και ήταν ευρύτερα γνωστή ως τεχνητή γονιμοποίηση, την εξωσωματική γονιμοποίηση η οποία συναντάται με πολλές παραλλαγές και τέλος την κυοφορία μέσω παρένθετου προσώπου (γυναίκας), γνωστή ως αναπληρωματική ή υποκατάσταση μητρότητα. Η παρένθετη μήτρα, τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να γίνεται να γίνεται γνωστή στην Ελλάδα.

B.3 ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΥΤ

Η τεχνητή γονιμοποίηση ανέτρεψε κοινωνικές ισορροπίες θέτοντας αναρίθμητα ηθικοδεοντολογικά και νομικοκοινωνικά προβλήματα. Όσο αφορά την ομόλογο σπερματέγχυση, φαίνεται ότι συναντά τα λιγότερο ηθικά, νομικά αλλά και ιατρικά δεοντολογικά προβλήματα εφόσον υπάρχει η αναγνώριση του θεμιτού σκοπού και με την προϋπόθεση της ανεπιφύλακτης και άμεσης συγκατάθεσης και των δύο συζύγων (Α. Κουτσελίνη & Μ. Μιχαλοδημητράκη, 1984).

Γίνεται δεκτό ότι ο σύζυγος μετατρέπεται σε «αντικαταστατό μέγεθος» ότι απλώς δε συμβαίνει η φυσιολογική πράξη εγχύσεως του σπέρματος στο γυναικείο κόλπο αλλά παρεμβάλλεται ο γιατρός χωρίς νομικές περιπλοκές ο οποίος χρησιμοποιεί μηχανικά μέσα. Η ευθύνη του γιατρού έγκειται στην παροχή διαφωτίσεως, λήψης συναίνεσης, τήρησης αρχείων και διενέργεια *lege artis* της επεμβάσεως (Χ. Πολίτη, 1996).¹⁷

Όπως αναφέρει η Α. Γεροχρήστου (2000), στην περίπτωση της ομόλογης σπερματέγχυσης δημιουργούνται τα λιγότερα προβλήματα δεδομένου ότι με βάση τα άρθρα 1463 § 2 και 1465 του Αστικού Κώδικα η πατρότητα συνάγεται από το γάμο της μητέρας με το σύζυγό της, και σύμφωνα με την αρχή *mater semper est* που ακολουθεί το άρθρο 1463 § 2, η συγγένεια του τέκνου με τη μητέρα ιδρύεται με μόνη την εγκυμοσύνη και τη γέννηση, γεγονότα εμφανή και εύκολα διαπιστώσιμα.

Όσο αφορά την ετερόλογη σπερματέγχυση, αναφέρονται ιδιαίτερα ζητήματα τα οποία δεν επιλύονται επιτυχώς. Πρέπει να υφίσταται προς διενέργεια της επεμβάσεως απόλυτη ιατρική αναγκαιότητα, να πρόκειται περί συζύγων και μόνο, των οποίων ο γάμος θα θεωρείται έγκυρος, ή σε αντίθετη περίπτωση προσκρούει στα χρηστά ήθη (ΑΚ 178). Επίσης, θα πρέπει να παρασχεθεί από πλευράς γιατρού πλήρη διαφώτιση στο δότη σπέρματος ότι το παιδί που θα γεννηθεί θα φέρει τεκμήριο γεννημένου σε γάμο και δεν υφίσταται δυνατότητα του συζύγου προς προσβολή της

¹⁷ Το καθήκον του γιατρού προς παροχή διαφωτίσεως του ασθενή απορρέει από το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως του τελευταίου, από τα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα αξίας και αξιοπρέπειας και ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς του. Το γεγονός ότι ο ασθενής δεν έχει τις απαιτούμενες ιατρικές γνώσεις προς στάθμιση της κατάστασης υγείας του και της σκοπιμότητάς του να υποστεί να υποστεί ή όχι ιατροχειρουργική επέμβαση, του να επιλέξει μια συγκεκριμένη θεραπεία, προϋποθέτουν μια παροχή διαφωτίσεως από πλευράς του γιατρού ώστε να κατευθυνθεί σε νομικά ισχυρή συναίνεση (πληροφορημένη συναίνεση-informed consent). Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να αποκαλύπτει στον ασθενή τη φύση, τη σημασία και την έκταση των ιατρικών μέσων τα οποία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν. Επιπρόσθετα, η παροχή συναινέσεως απαιτεί την πλήρη βούληση του ασθενούς, εφόσον έχει τη συνείδηση των πραττομένων και δεν έχει απωλέσει έστω και παροδικά τη χρήση του λογικού (ΑΚ 131) (Χ. Πολίτη, 1996).

πατρότητας και να λάβει βέβαια συναίνεση, όπως επίσης και στο σύζυγο για τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες ο οποίος πρέπει να συναινέσει όπως επίσης και η σύζυγος (Χ. Πολίτης, 1996)¹⁸.

Θα πρέπει να αποκαλύπτεται η ταυτότητα του δότη σπέρματος, διότι σε περίπτωση παράλειψης θα προσέκρουε στα συνταγματικά δικαιώματα αξίας και αξιοπρέπειας (άρθρο 2 § 1): «το παιδί έχει κάθε δικαίωμα να λαμβάνει γνώση του γενεαλογικού του δένδρου, και δύο λόγοι που συνηγορούν είναι η προφύλαξη από γενετικές νόσους και η αποφυγή αιμομικτικών σχέσεων» (Χ. Πολίτης, 1996, σελ. 152).

Η ταυτότητα του δότη του σπέρματος παραμένει άγνωστη και γνωστά γίνονται στους μέλλοντες γονείς μόνο τα βιολογικά χαρακτηριστικά. Στην περίπτωση εκείνη όπου ο δότης είναι γνωστό πρόσωπο, αποκλείεται η προσβολή της πατρότητας από τον τελευταίο εφόσον ο σύζυγος έχει συναινέσει. Ο νομοθέτης προέκρινε την ενίσχυση της κοινωνικής και νομικής πατρότητας του συζύγου έναντι της βιολογικής ταυτότητας του δότη (Α. Γεροχρήστου, 2000).

Από μια άλλη άποψη, το επαγγελματικό απόρρητο και η ανωνυμία του δότη είναι υψίστης σημασίας. Σε κάποιες χώρες η αποκάλυψη του επαγγελματικού μυστικού αποτελεί ποινικό αδίκημα όπως η Γαλλία, Ολλανδία και Ιταλία ενώ η Σουηδία και η Δυτική Γερμανία αρνούνται την ανωνυμία του δότη (Ι. Δανέζης, 1986). Πιο συγκεκριμένα, στη Σουηδία, τα στοιχεία του δότη είναι καταχωρημένα στο ιατρικό ιστορικό του ζευγαριού και το παιδί έχει δικαίωμα όταν ενηλικιωθεί να τα ζητήσει (Π. Δάλλα-Bοργια, 1987; Μ. Γενετζάκης, Π. Ουσταμανωλάκης, Ν. Πισταμαλτζιάν, 1997).

Στη Γερμανική νομοθεσία ο γιατρός έχει την ευθύνη για οποιαδήποτε ανωμαλία στο παιδί που θα γεννηθεί και στην περίπτωση που ο σύζυγος αρνηθεί εκ

¹⁸ Παρά το γεγονός ότι δεν απαιτείται έγγραφος τύπος (ΑΚ 158), θα πρέπει να γίνει δεκτός ότι η συναίνεση και των τριών για λόγους ασφαλείας του δικαίου θα πρέπει να είναι έγγραφη. Ένας ακόμα λόγος ο οποίος επιβάλλει την έγγραφη συναίνεση είναι και η ΑΚ 1471 § 2 όπου η συναίνεση του πατέρα στην τεχνητή γονιμοποίησή του αίρει το δικαίωμα της πατρότητας και συνεπώς έχει έννομες συνέπειες ως προς την πατρότητα αλλά και ενδεχομένως ως προς το ότι η γυναίκα δεν έχει εξωσυζυγικές σχέσεις. Στην περίπτωση αυτή-απουσία συναίνεσης του συζύγου, τότε σύμφωνα με το άρθρο 1469, ο τελευταίος μπορεί να προσβάλλει την πατρότητα και την ιδιότητα του τέκνου ως γεννημένου σε γάμο, ενώ μπορεί να ζητήσει διαζύγιο λόγω ισχυρού κλονισμού του γάμου (Χ. Πολίτης, 1996; Α. Γεροχρήστου, 2000). Αν το ζευγάρι δεν είναι παντρεμένο και ο σύντροφος είχε συγκατατεθεί στη τεχνητή γονιμοποίηση δεν μπορεί να αρνηθεί τις γονικές ευθύνες και η συγκατάθεσή του ισοδυναμεί με αναγνώριση του παιδιού. Νομικός δεσμός μεταξύ των δωρητών των γαμετών και των παιδιών που γεννιούνται δεν υπάρχει (Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, 1986).

των υστέρων την πατρότητα, το δικαστήριο έχει τη δυνατότητα να ανακηρύξει το δότη νομικό πατέρα του παιδιού (Ι. Κριάρη-Κατράνη, 1995).

Ως τώρα, η πρακτική της δωρεάς είναι να παραμένει πλήρως ανώνυμη. Ο αποδέκτης δεν γνωρίζει τη πηγή του σπέρματος ούτε ο δότης το άτομο στο οποίο χρησιμοποιήθηκε το σπέρμα του. Ακόμη και αν τα ιατρικά αρχεία υπάρχουν, παραμένουν ερμητικά κλειστά μέχρι την καταστροφή τους (Μ. Γενετζάκης, Π. Ουσταμανωλάκης, Ν. Πισταμαλτζιάν, 1997).

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή του δότη παρέχονται συνήθως από τις αντίστοιχες ιατρικές επιστημονικές εταιρείες ή τις Τράπεζες Σπέρματος ή από τα επιστημονικά πλαίσια ανακοινώσεων και συμπερασμάτων σε Ειδικά Συνέδρια Στείριότητας και Γονιμότητας. Εφόσον ο γυναικολόγος που πραγματοποιεί τη σπερματέγχυση ακολουθεί τις προϋποθέσεις αυτές, οι κίνδυνοι για νομική ευθύνη του γιατρού είναι ελάχιστοι. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι κυρίως ο αποκλεισμός των ατόμων με ιστορικό κληρονομικών παθήσεων, αφροδισίων νοσημάτων, ασυμβατότητας Rhesus, διαβήτη, επιληψίας, φυματίωσης και άλλα (Ι. Δανέζης, 1986).

Ο δότης δεν θα πρέπει να είναι συγγενής, θα πρέπει να είναι άνω των 18 ετών και είναι προτιμότερο να έχει δικά του παιδιά. Θα πρέπει επίσης, να έχει εξασφαλιστεί η συγκατάθεση τόσο του ιδίου όσο και της γυναίκας του ενώ πριν τη δωρεά θα πρέπει να γίνουν εξετάσεις, για να εξασφαλιστεί η απουσία χρόνιων παθήσεων και γενετικών ανωμαλιών (Σ. Κοτσιάνος, 1977).

Πολλά κέντρα στην Αγγλία έχουν την προϋπόθεση ότι ο δωρητής θα πρέπει να είναι ήδη πατέρας υγιών παιδιών αλλά η δυνατότητα γονιμότητας καθορίζεται από τη μικροσκοπική εξέταση του σπέρματος. Ανεξάρτητα δε από τη κατάσταση υγείας του δότη, κρίνεται σκόπιμη η εξέταση του δότη για μόλυνση από τον ιό του HIV (R. & E. Snowden, 1993).

Ένα άλλο θέμα που έχει απασχολήσει τους κύκλους των ιατροκοινωνικών θεμάτων της ανθρώπινης αναπαραγωγής είναι η περίπτωση της εικοσιδυάχρονης Γαλλίδας χήρας Corinne Parpalaix. Ο σύζυγός της πέθανε από καρκίνο το 1984 αφού προηγουμένως έδωσε το σπέρμα του για συντήρηση στην Τράπεζα σπέρματος. Η Parpalaix, μετά το θάνατο του συζύγου της ζήτησε το σπέρμα αυτό και η Τράπεζα σπέρματος αρνήθηκε με το αιτιολογικό ότι ο αποθανών δεν άφησε οδηγίες για τη χρήση του δείγματος σπέρματος. Ακολουθεί μήνυση και το θέμα λαμβάνει έκταση και δημοσιότητα. Εξαιτίας της έλλειψης των νομικών προϋποθέσεων το δικαστήριο

περιορίστηκε σε φιλοσοφικές θέσεις και αντιθέσεις και κυρίως στο ερώτημα τι θεωρείται το σπέρμα του αποθανόντος συζύγου. Ο Δημόσιος Κατήγορος ισχυρίστηκε ότι ο νεκρός έχει το βασικό δικαίωμα “σωματικής ακεραιότητας” και συνεπώς η χήρα δεν έχει δικαιώματα ως προς αυτό. Η υπεράσπιση ισχυρίστηκε ότι η παραχώρηση του σπέρματος στην Τράπεζα είχε την έννοια του συμβολαίου. Τον Αύγουστο του 1984, το Δικαστήριο απεφάνθη ότι “οι εκκρίσεις που περιέχουν τους σπόρους ζωής θα πρέπει να παραδοθούν στην Parpalax». Το σπέρμα όμως ήταν φτωχής ποιότητας και έτσι δεν κατάφερε να γονιμοποιηθεί (Ι. Δανέζης, 1986).

Το θέμα αυτό της γονιμοποίησης με το σπέρμα του αποθανόντος συζύγου μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα οικογενειακού και κληρονομικού δικαίου. Σύμφωνα με τη Π. Δάλλα-Βοργιά (1986,1987) το θέμα αυτό συνδέεται και με το θέμα της τεχνητής γονιμοποίησης των άγαμων γυναικών το οποίο συζητείται πολύ στα διάφορα κράτη που εισάγουν τη νομοθεσία σχετική με την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Σε γυναικολογικούς-μαιευτικούς κύκλους, οι περιπτώσεις αυτές έχουν αποδοχή 62-81% ενώ σε απλούς ανθρώπους 50-67%. Σε γενικό επίπεδο όμως στους ιατρικούς, νομικούς, κοινωνιολογικούς και θεολογικούς κύκλους είναι αποδοκιμαστική (Μ. Γενετζάκης, Π. Ουσταμανωλάκης, Ν. Πισταμαλτζιάν, 1997). Η επιθυμία της άγαμης μητέρας να αποκτήσει παιδί προσκρούει στην άρνηση των περισσότερων γυναικολόγων με την αιτιολογία ότι «για τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού χρειάζεται η μητέρα και ο πατέρας» (Ι. Δανέζης, 1987) σε αντιπαράθεση του δικαιώματος του ανθρώπου κάθε ατόμου να αποκτήσει ένα παιδί (Π. Δάλλα-Βοργιά, 1987). Ο κίνδυνος βέβαια της προμελετημένης από τη γυναίκα γονιμοποίησης με σκοπό την άσκηση εκβιασμού σε κάποιο άνδρα με τον οποίο σχετίζεται, υποβόσκει (Σ. Κοτσιάνος, 1977).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διερωτηθούμε για το δικαίωμα στην αναπαραγωγή αλλά και για τις βασικές προϋποθέσεις χρήσης αυτής. Ως δικαίωμα αναπαραγωγής ή δικαίωμα απόκτησης φυσικών απογόνων νοείται το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά (Ι. Κριάρη-Κατράνη, 1995). Εν τούτοις, όμως, η προσφυγή στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής σχετίζεται με τη νομική και φυσική κατάσταση του ατόμου αλλά και με το κίνητρό του. Το αναθεωρημένο «Σύνταγμα» του 1986, τα «δικαιώματα των άλλων» και τα «χρηστά ήθη» αποτελούν και τον γνώμονα κρατικών επεμβάσεων ενώ οι λόγοι υποβολής στις θεραπείες θεωρούνται α) η καταπολέμηση της στειρότητας και β) ο κίνδυνος

μετάδοσης κληρονομικών ασθενειών (Σ. Κότσιανος, 1977). Συνεπώς, οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οφείλουν να αποσκοπούν στην καταπολέμηση της ακούσιας ατεκνίας και να μην αποτελούν εναλλακτικές μέθοδοι τεκνοποιίας-αναπαραγωγής (Μ. Γενετζάκης, Π. Ουσταμανωλάκης, Ν. Πισταμαλτζιάν, 1997).

Επιπρόσθετα, κοινωνικός προβληματισμός σχετίζεται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μετά την ηλικία των 50 ετών¹⁹, ηλικία η οποία σηματοδοτεί την έλευση της φυσικής εμμηνόπαυσης. Ο ορισμός της εμμηνόπαυσης διαφοροποιείται και σηματοδοτεί το τέλος της φυσιολογικής κυκλικής ωοθηκικής λειτουργίας και όχι το τέλος της αναπαραγωγικής λειτουργίας. Έχει αποδειχθεί ότι η ηλικία αυτή επηρεάζει θετικά τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης²⁰, τα οποία κυμαίνονται από 30-60% έναντι του ποσοστού επιτυχίας 20-30% σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας.

Επίσης, παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία προκύπτουν κυρίως με τη δωρεά ωαρίων από άλλη γυναίκα εφόσον η ωοθηκική λειτουργία της δέκτριας δεν υφίσταται (αφαίρεση ή καταστροφή ωοθηκών) ή έχει εξαντληθεί ή ανταποκρίνεται ανεπαρκώς ή υπάρχουν γενετικά μεταδιδόμενα νοσήματα από την υποψήφια μητέρα (Γ. Πάντος & Ι. Μπόντης, 1996; Σ. Ε. Καρπάθιος, 1998).

Η πλειονότητα των ερευνητών δεν αποδέχεται το χρονικό περιορισμό για την εφαρμογή της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής²¹. Από μια άποψη, ο προσδιορισμός ενός ανώτερου ορίου ηλικίας για την εφαρμογή της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

¹⁹ Η απόφαση για απόκτηση παιδιού σε μεγαλύτερη ηλικία ενισχύεται από τις σύγχρονες κοινωνικές αλλαγές όπως η επιθυμία για τεκνοποίηση σε μεγαλύτερη ηλικία. Επίσης, το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αλλάξει και ενώ στο παρελθόν ήταν τα 40-50 χρόνια σήμερα έχει φτάσει τα 60-70 χρόνια (Γ. Πάντος & Ι. Μπόντης, 1996).

²⁰ Abdalla H., Burton G., Kirkland A., Johnson M Leonard T., Studd J. "Age, Pregnancy and Miscarriage: Uterine Versus Ovarian Factors", **Human Reproduction**, 3, 8:1512-1517; Abdalla H. "Oocyte Donation" **Obstetrics and Gynecology**, 1994, 4:137-142; Paulson R., Sauer M., "Human Oocyte and Pre-embryo Donation: An evolving Method for the Treatment of Infertility" **American Journal of Obstetric and Gynecology**, 1990, 163:1421; Navot D., Bergh P., Williams M., Garrisi G., Guzman I., Sandler B., Et Al., "Poor Oocyte Quality Rather Than Implementation Rates As A Cause Of Age-Related Decline In Female Fertility", **Lancet**, 1991, 337:1375-1377.

²¹ Power M., Baber R., Abdalla H., Kirkland A., Leonard T., Studd J. "A Comparison of the Attitudes, of Volunteer Donors and Infertile Patient Donors on an Ovum Donation Programme", **Human Reproduction**, 1990, 5:352-355; Hope T., Lockwood G., Lockwood M. "Should Older Women be Offered IVF?" **British Medical Journal**, 1995, 310: 1455-1456; Applegarth L. Goldberg N., Cholist I., McGoff N., Fantini D., Zellers N. et al, "Families Created Through Ovum Donation: A Preliminary Investigation of Obstetrical Outcome and Psychosocial Adjustment" **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, 1994, 11:177-181; Antinori S., Versaci C., Gholami H., Caffa B., Panci C. "A Child Is A Joy At Any Age", **Human Reproduction**, 1993, 8:1542; Abdalla H., Burton G., Kirkland A., Johnson M Leonard T., Studd J. "Age, Pregnancy and Miscarriage: Uterine Versus Ovarian Factors", **Human Reproduction**, 3, 8:1512-1517.

αποτελεί την «ασφαλιστική δικλείδα» για την ευρύτερη αποδοχή της. Ο Σ. Ε. Καρπάθιος (1998, σελ. 209) προβάλλει τα εξής επιχειρήματα:

«Α. Είναι πολύ σπάνιο το γεγονός εκτός γάμου μετά την ηλικία αυτή, για αναπαραγωγική ολοκλήρωση. Άλλωστε στα ζευγάρια αυτά, η στειρότητα δεν είναι αποδεκτό να θεωρείται ως νόσος.
 Β. Το όριο των 57 ετών θα μπορούσε να αναθεωρηθεί στο μέλλον προς τα άνω, παράλληλα με τις μεταβολές της βιολογικής αναπαραγωγικής λειτουργίας που ενδεχομένως θα προκύψουν από τη διαγραφόμενη μελλοντικά βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης
 Γ. Σε ζευγάρια τα οποία δεν πρόλαβαν να ωφεληθούν από τις δυνατότητες της βιοϊατρικής τεχνολογικής προόδου, δίνεται, με το όριο αυτό, η απαραίτητη πίστωση χρόνου, ώστε να ωφεληθούν
 Δ. Ο ορισμός σήμερα του 57^{ου} έτους της ηλικίας ως ανώτερου αποδεκτού ορίου ενέχει την πιθανότητα αποδοχής από ένα μεγάλο φάσμα ερευνητών, αφού πέρα των άλλων, αποτελεί προϊόν της βιολογικής παρατήρησης. Με τον όρο «αναπαραγωγή του φυσικού προτύπου» θεωρούμε τη σηματοδότηση της ηλικίας εκείνης, κατά την οποία καταγράφηκε βιβλιογραφικά αυτόματη κύηση, ως το ανώτερο αποδεκτό όριο, για την εφαρμογή της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.»

Επιπρόσθετα, όσο αφορά την εξωσωματική γονιμοποίηση, στην περίπτωση όπου χρησιμοποιηθεί το γενετικό υλικό των συζύγων, παρουσιάζεται το πρόβλημα σχετικά με τη μέθοδο της κρυοσυντήρησης, τεχνικής που θέτει υπό αναστολή τις συνέπειες παρέλευσης του χρόνου για τα το τεχνητά διατηρημένο έμβρυο. Τα ερωτήματα τα οποία προκύπτουν είναι: το τεχνητά διατηρημένο έμβρυο αποκτά προσωπικότητα; Και αν ναι, τότε συμβαίνει αυτό; (Σ. Καραντζής, 1991; Α. Γεροχρήστου, 2000).

Διαπιστώνεται η διάσταση απόψεων όσο αφορά την αντιμετώπιση του κρυοσυντηρημένου εμβρύου. Η μια άποψη θεωρεί ότι το τελευταίο είναι ζωντανό ον, αν και έχει τη δική του προσωπικότητα, οπότε θεωρείται πρόσωπο, υποκείμενο δικαίου και μπορεί να ασκηθεί σε αυτό η γονική μέριμνα. Η άλλη άποψη αντιμετωπίζει το κρυοσυντηρημένο έμβρυο ως αγαθό, αντικείμενο δικαίου για την τύχη του οποίου αποφασίζουν οι γονείς σε συνεργασία με την Τράπεζα κρυοσυντήρησης. Σύμφωνα με την Α. Γεροχρήστου (2000), ορθότερη είναι η πρώτη θεώρηση εφόσον το γεγονός της ανθρώπινης ζωής προστατεύεται απολύτως με οποιαδήποτε μορφή και οποιαδήποτε συνθήκες. Συνεπώς κατά πλάσμα δικαίου πρέπει το γονιμοποιημένο ωάριο να θεωρηθεί υποκείμενο των δικαιωμάτων που επάγονται σε αυτό από το άρθρο 36 του ΑΚ για την προστασία του «κυοφορούμενου». Στην αντίθετη περίπτωση, στενή γραμματική ερμηνεία καθιστά ανεπαρκή έως ανέφικτη τη νομική προστασία του γονιμοποιημένου ωαρίου και καθιστά επιτακτική την ανάγκη της θέσπισης ειδικής, νέας διάταξης.

Προβλήματα εξαιρετικής δυσχέρειας δημιουργεί η εμφύτευση εμβρύου στις λεγόμενες «φέρουσες» ή «δανεικές»²² μητέρες η οποία κατά την άποψη του Χ. Πολίτη (1996) προσκρούει τα χρηστά ήθη, φαίνεται να προσβάλλει άμεσα ή έμμεσα την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και προκύπτουν προβλήματα συγγένειας. Η περίπτωση της κυοφορίας από μια άλλη γυναίκα δεν πρέπει να είναι επιτρεπτή. Η γυναικεία αξιοπρέπεια απαιτεί να μη χρησιμοποιείται το σώμα της ως απλό όργανο για το συμφέρον κάποιων άλλων, ούτε και η αναπαραγωγή να αποτελεί αντικείμενο εμπορικής συναλλαγής και στη χώρα μας μια τέτοια συμφωνία θα ήταν άκυρη ως αντιβαίνουσα στα χρηστά ήθη (Π. Δάλλα-Βοργιά, 1987).

Ο Αστικός Κώδικας δεν ανάγει σε κριτήριο για την ίδρυση συγγένειας τη βιολογική καταγωγή, αλλά θεωρεί δεδομένη τη συγγένεια με τη γυναίκα που εγκυμονεί και γεννά. Συνεπώς, όπως διατυπώνει η Α. Γεροχρήστου (2000) ο μόνος τρόπος προκειμένου να δημιουργηθεί νομικά η συγγένεια με την κοινωνική μητέρα είναι η υιοθεσία του τέκνου από αυτήν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2447/1996. Παρότι αυτό το οποίο συμβαίνει στην πράξη είναι η συμφωνία της κοινωνικής μητέρας και της φέρουσας για κυοφορία και παράδοση του τέκνου προς υιοθεσία αμέσως μετά τη γέννηση, εν τούτοις το άρθρο 1551 του Αστικού Κώδικα δεν επιτρέπει τη συναίνεση του γονέα προς υιοθεσία πριν τη συμπλήρωση τριών μηνών από τη γέννηση του τέκνου²³.

Η έννοια των φερουσών ή αναπληρωματικών μητέρων φαίνεται ότι δεν είναι καινούρια. Ο Ι. Δανέζης (1986^a, σελ. 399) αναφέρει ότι στην επιστολή του καθηγητή Μ. Τουρτόγλου στην Καθημερινή (1985), η χρησιμοποίηση του «τρίτου προσώπου προς παιδοποιούν» είναι υπόθεση παλιά.

«Στον Όμηρο αναφέρεται ότι ο Μεγαπένθης δε γεννήθηκε από τη νόμιμη σύζυγο του Μενελάου, την Ελένη, αλλά από τη δούλη, αφού «οι Θεοί γόνον ουκετ' έφαινον». Παρόμοιες θεμιτές προσλήψεις γυναικών, σε περιπτώσεις στειρότητας του συζύγου, παρατηρούνται στην Ινδική αλλά και στην Εβραϊκή νομοθεσία, όπου η μη τίκτουσα Σάρα παρωθεί τον Αβραάμ «είσελθε συν εις την

²² Όσο αφορά την in vitro γονιμοποίηση διακρίνονται οι περιπτώσεις 1) ωάριο μητέρας, σπέρμα πατέρα, παιδί γεννημένο από μητέρα (ανικανότητα συλλήψεως από πλευράς της μητέρας), 2) ωάριο μητέρας, σπέρμα δότη, παιδί γεννημένο από μητέρα (περίπτωση «προγεννητικής υιοθεσίας», 3) ωάριο δότηδος, σπέρμα πατέρα (συζύγου), παιδί γεννημένο από μητέρα, 4) ωάριο δότηδος, σπέρμα δότη, παιδί γεννημένο από μητέρα, 5) ωάριο δότηδος, σπερματοζωάριο συζύγου, παιδί γεννημένο από δότιδα (φέρουσα μητέρα), 6) ωάριο δότηδος, σπέρμα συζύγου, παιδί γεννημένο από δότιδα (στειρότητα γονέων και αδύνατη κύηση μητέρας), 7) ωάριο μητέρας, σπέρμα συζύγου, παιδί γεννημένο από δότιδα και 8) ωάριο μητέρας, σπέρμα δότη, παιδί γεννημένο από δότιδα (φέρουσα μητέρα) (Ι. Δανέζης, 1986α, σελ. 393; Χ. Πολίτης, 1996, σελ.153).

²³ Η απόφαση του Πρωτοδικείου Ηρακλείου υπ' αριθμό 31/5803/1999, η οποία αποτελεί και την πρώτη απόφαση ελληνικού δικαστηρίου που αναφέρεται στις νέες μεθόδους εξωσωματικής γονιμοποίησης υιοθετεί την άποψη ότι το πραγματικό συμφέρον του τέκνου είναι η ένταξή του στην οικογενειακή τάξη των ατόμων που επιθυμούσαν τη γέννησή του.

παιδίσκην μου ίνα τεκνοποιήσεις εξ αυτής». Σύμφωνα με τον σπαρτιατικό νόμο του Λυκούργου, υπήρχε η ευχέρεια στον επιθυμούντα να αποκτήσει τέκνο από ξένη γυναίκα, που μάλιστα μπορούσε να συγκατοικεί με τη γυναίκα του. Ακόμα και στο Χριστιανικό Βυζάντιο, επιτρεπόταν η παλιά αυτή συνήθεια παρά τις σφοδρές επικρίσεις της Εκκλησίας. Σε αρκετές περιφέρειες της Ελλάδας, όπως πχ στην Κρήτη, την Κέρκυρα, τη Μάνη, κλπ. Ακόμα και στο 19^ο αιώνα απαντούν τέτοιες περιπτώσεις. Στη Μάνη η δεύτερη γυναίκα ονομαζόταν «σύγγρια ή συγκόρμισσα» και διέμενε στο ίδιο σπίτι με τη νόμιμη σύζυγο»

Συμπερασματικά, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή φαίνεται να συναντά νομικούς προβληματισμούς οι οποίοι τις περισσότερες φορές είναι δύσκολοι στην επίλυσή τους. Επίσης, κοινωνικοί προβληματισμοί εγείρονται με τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Οι προϋποθέσεις της χρήσης αυτής αποτελούν πηγή συζητήσεων μεταξύ των ερευνητών αλλά και πηγή διαστάσεων μεταξύ του ιατρικού, νομικού, κοινωνιολογικού, θεολογικού κύκλου και βέβαια των δρώντων υποκειμένων της κοινωνίας τα οποία εμπλέκονται στη διαδικασία της χρήσης εξωσωματικής γονιμοποίησης ή ακόμα και των ατόμων τα οποία δεν τα αφορά άμεσα.

Β.4 ΕΥΓΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ-ΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Ευγονική ή Ευγονισμός είναι ο κλάδος της βιολογίας ο οποίος μελετά τη δυνατότητα εξευγενισμού του ανθρώπινου γένους²⁴. Οι τεχνολογίες της γενετικής μηχανικής είναι, από τη φύση τους, εργαλεία ευγονικής. Τον όρο τον συνέλαβε, τον 19^ο αιώνα ο σερ Φράνσις Γκάλτον, εξάδελφος του Κάρολου Δαρβίνου. Διαιρείται σε δύο βασικές κατευθύνσεις: στην αρνητική η οποία συνεπάγεται μια συστηματική εξάλειψη των αποκαλούμενων ανεπιθύμητων γενετικών γνωρισμάτων και στη θετική ευγονική η οποία ασχολείται με τη χρησιμοποίηση της επιλεκτικής διασταύρωσης με στόχο τη βελτίωση των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού ή ενός είδους (J. Rifkin, 1998).

Η ευγονική ρίζωσε για πρώτη φορά στην Αμερική, στις αρχές του 20ου αιώνα. Οι νέες ανακαλύψεις για την κληρονομικότητα χρησιμοποιήθηκαν από τους γενετιστές και τους κοινωνικούς μεταρρυθμιστές με στόχο να αντιμετωπίσουν το επακόλουθο του πρώτου μεταναστευτικού κύματος το οποίο προκάλεσε μέγιστα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Η ανώτερη τάξη είδε στην ευγονική μια φιλοσοφική λογική από την οποία θα μπορούσε να αρπαχτεί για να προστατεύσει τη διεκδίκησή της για την εξουσία. Η επιστημονική θέση ότι η κληρονομικότητα, και όχι το περιβάλλον, προσδιορίζει τη συμπεριφορά του ατόμου στην κοινωνία, αποτελούσε και την επιστημονική εξήγηση των κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων²⁵.

Στη σύγχρονη εποχή, οι ραγδαίες εξελίξεις και οι επαναστατικές ανακαλύψεις στο χώρο της Ιατρικής και της Βιοτεχνολογίας, έχουν εισβάλλει αποφασιστικά στο πεδίο της ανθρώπινης αναπαραγωγής η οποία αποκτά ένα νέο σημείο αναφοράς : την τεχνολογία. Τόσο η R. Duelli Klein (1985), η M. Stanworth (1987) όσο και η Ann Oakley (1993) αναφέρονται στις παλιές και τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής²⁶ οι

²⁴ Η ευγονία ετυμολογικά προέρχεται από το ευ+ γόνος <γίνομαι (αρχ. Γίνομαι, γεννιέμαι) και σημαίνει τη γέννηση καλών απογόνων (Σύμφωνα με το Υπερλεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας, επιμέλεια ύλης Δ. Γιάκος,, χ.χ. εκδόσεις Παγουλάτου).

²⁵ Για περισσότερες αναφορές στο κίνημα του ευγονισμού στην Αμερική, ο αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στο J. Rifkin "Ο Αιώνας της Βιοτεχνολογίας", εκδόσεις «Νέα Σύνορα», 1998.

²⁶ Η Αμερικανίδα κοινωνιολόγος Barbara Katz Rothman παρατηρεί ότι ο όρος «τεχνολογία της αναπαραγωγής» (reproductive technology) είναι ατυχής. Τα ανθρώπινα όντα δεν είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας παραγωγής, καθώς κανένας από εμάς δεν μπορεί να αναπαράγει τον εαυτό του χωρίς βοήθεια. Με άλλα λόγια χρειάζονται δύο για να δημιουργηθεί ένα μωρό. Προτείνει λοιπόν τη χρήση του όρου «τεχνολογία τεκνοποίησης» (Ann Oakley, 1993).

οποίες αναπαριστούν την τεχνητή εισβολή στο ανθρώπινο σώμα και κυρίως στο γυναικείο ενώ περιλαμβάνουν μια ευρεία κλίμακα βιοιατρικών/ τεχνικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της τεκνοποίησης όπου στόχος είναι η παραγωγή ενός παιδιού ή η πρόληψη/διακοπή της εγκυμοσύνης²⁷.

Όσο αφορά τις προ-σύλληψης τεχνολογίες, η κοινή εξήγηση είναι ότι σχεδιάστηκαν προκειμένου να βοηθήσουν τις γυναίκες οι οποίες επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί και δεν μπορούν. Εν τούτοις, το κίνητρο των επιστημόνων δεν περιορίζεται μόνο στη βοήθεια των υπογόνιμων ζευγαριών. Και αυτό αποδεικνύεται, σύμφωνα με την άποψη της A.Oakley (1993) στο ελάχιστο ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τις αιτίες υπογονιμότητας αλλά και στο γεγονός ότι διεθνώς, η εξωσωματική γονιμοποίηση θεωρείται η πιο προσφιλής περιοχή για κερδοσκοπικές επενδύσεις. Το μεγαλύτερο μέρος των εργασιών πάνω στην εξωσωματική γονιμοποίηση εντάσσεται στον ιδιωτικό χώρο και τα συμφέροντα των φαρμακευτικών εταιρειών στον τομέα αυτό μεγάλα. Επιπρόσθετα, τα κίνητρα για νέα γνώση και την απόκτηση γοήτρου πολλές φορές υπερισχύουν στην ιατρική έρευνα για την επέκταση της υψηλής τεχνολογίας πάνω στη θεραπεία της υπογονιμότητας (P. Foster, 1995).

Η σύλληψη, όπως υποστηρίζεται από τις νέες τεχνικές, είναι μηχανιστικό, αντικειμενικό και βιολογικό γεγονός, το οποίο διαχωρίζεται από την ενότητα των ανθρώπινων όντων και αναπαριστά την προγραμματισμένη βιολογική ενότητα των γαμετών. Οι τεχνικές αυτές χειρίζονται τους γαμέτες ανεξάρτητα των προσώπων που τους παρέχουν και η σύλληψη αντιμετωπίζεται ως συγχώνευση του σπερματοζωαρίου και ωαρίου και τη μεταφορά του ζυγώτη στη μήτρα και όχι ολιστικά κάτω από το πρίσμα της ένωσης δύο ατόμων σε μια σχέση φυσική, ψυχολογική και κοινωνική. Το αποτέλεσμα της προσέγγισης αυτής τείνει την αντιμετώπιση του παιδιού ως «εμπόρευμα» και αυτούς που αναζητούν βοήθεια για

²⁷ Οι παλιές τεχνολογίες περιλαμβάνουν τις τεχνικές που σχετίζονται με τη γονιμότητα -τη μηχανική αντισύλληψη αλλά και την ορμονική αντισύλληψη καθώς και τη γυναικεία και ανδρική στειρώση, και τέλος την έκτρωση- αλλά και στις τεχνικές που αναφέρονται στη διαχείριση της εγκυμοσύνης και της γέννησης με τις πρακτικές παρακολούθησης και ελέγχου κυοφορίας και του τοκετού-όπως τεχνικές ενίσχυσης τοκετού, η καισαρική τομή και τα όργανα και οι μέθοδοι ανώδυνου τοκετού. Οι νέες τεχνολογίες περικλείουν την αναπτυσσόμενη ομάδα τεχνολογιών που αφορά κυρίως τις μαιευτικές υπηρεσίες και τις διαγνωστικές μεθόδους στην προγεννητική περίοδο με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και των γενετικών χαρακτηριστικών των εμβρύων και των νεογνών-όπως είναι το εμβρυϊκό υπερηχογράφημα και η αμνιοκέντηση. Επιπρόσθετα, στην ομάδα αυτή εντάσσονται και οι τεχνολογίες σύλληψης που αποσκοπούν στην επίτευξη της εγκυμοσύνης με πρακτικές υπέρβασης ή παράκαμψης της στειρότητας-όπως είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση, η δωρεά ή αποθήκευση γαμετών και η μητρική αναπλήρωση.

την υπογονιμότητα ως «καταναλωτές υπηρεσιών» (F. Price, 1993; A. Oakley, 1995; R. Snowden, 1998).

Σχετικά με τη συναίνεση η οποία προκύπτει έπειτα από πληροφόρηση (informed consent), έχει αποτελέσει σημείο κριτικών –κυρίως φεμινιστικών-της εξωσωματικής γονιμοποίησης και των νέων τεχνολογιών τεκνοποίησης. Η M. Warren (1990) υποστηρίζει –στηριζόμενη στη εργασία των R. Faden & T. Beauchamp- ότι η συναίνεση μετά από πληροφόρηση είναι αυτόνομη συναίνεση. Αυτόνομες δράσεις είναι εκείνες οι οποίες πληρούνται σκόπιμα, με κατανόηση και με απουσία ακατάλληλων επιρροών ελέγχου. Στην ιατρική, δεν μιλάμε για πλήρη αυτονομία αλλά για σημαντική αυτονομία (substantial autonomy) η οποία προκύπτει από λογική κατανόηση καθαρών σχετιζομένων πληροφοριών και όχι ελευθερία από όλες τις μη-κατάλληλες επιρροές αλλά την απουσία πίεσης και ηθικών αποδοκιμαστικών τύπων χειραγώγησης.

Παρόλα ταύτα, η απόφαση του ατόμου δύναται να ελέγχεται από κοινωνικούς ή οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι αποκλείουν την αυτόνομη επιλογή. Στην περίπτωση των νέων τεχνολογιών τεκνοποίησης, η επιρροή των κοινωνικών προσδοκιών, της ιατρικής αυθεντίας και των ΜΜΕ καθιστούν αδύνατο το γεγονός της μη προσφυγής των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών στην εξωσωματική γονιμοποίηση ή των άλλων θεραπειών που προσφέρονται. Επίσης, είναι δύσκολο να αποφύγουν μη αναγκαίες γυναικολογικές παρεμβάσεις ή ακόμα και επικίνδυνες παρεμβάσεις στη διαδικασία της σύλληψης και εγκυμοσύνης (ό.π).

Από μια άλλη άποψη, τα έμβρυα είναι ανίκανα να συναινέσουν σε πιθανές βλαβερές χειραγωγίες οι οποίες περιλαμβάνονται στις διαδικασίες της εξωσωματικής γονιμοποίησης και συχνά οι γυναίκες συμφωνούν στο να συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά κάτω από συνθήκες οι οποίες είναι όχι αποστασιοποιημένες από απάτη, ψεύδος και απειλή (P. Lauritzen, 1993)²⁸. Παρέχοντας πρόσβαση στα

²⁸ Ο ορισμός της με ενημερότητα συναίνεσης που υιοθετεί ο P. Lauritzen (1993, σελ 29) «η εθελοντική συναίνεση του ανθρώπινου υποκειμένου είναι ολοκληρωτικά θεμελιώδης. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο το οποίο είναι εμπλεκόμενο θα πρέπει να έχει τη νομική δυνατότητα να συναινεί; θα πρέπει να είναι σε θέση όσο να είναι ικανός να ασκεί ελεύθερη δύναμη επιλογής, χωρίς την παρέμβαση κανενός στοιχείου πίεσης, απάτης, ψεύδους, απειλής, εξαπάτησης ή άλλων απώτερων μορφών περιορισμού ή πίεσης; και θα πρέπει να έχει ικανοποιητική γνώση και κατανόηση των στοιχείων ώστε το εμπλεκόμενο υποκείμενο να είναι ικανό να πάρει μια κατανοήσιμη και με ενημερότητα απόφαση» όπως παρατίθεται στο B.C. Carey “*Informed Consent by Participants: Who Participates? Who Consents?*” in Williams A.W. Walters and P. Singer (eds) “*Test-Tube Babies*”, Oxford University Press, Melbourne, 1982, σελ. 66.

ανθρώπινα έμβρυα, η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης προετοιμάζει το έδαφος για ανοιχτή χειραγώγηση του εμβρυακού υλικού.

Οι νέες τεχνικές αναπαραγωγής διαχωρίζουν τις γυναίκες από τα έμβρυα με συνέπεια η αντιμετώπιση των εμβρύων ως «ασθενείς» προκαλεί τρόμο στην αναπαράσταση των γυναικών ως «κάψουλες» των εμβρύων (R. Rowland, 1987).

Η φεμινιστική κριτική εστιάζεται στη σύνδεση της χρήσης των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής με την κοινωνικά εκτιμώμενη κατάσταση των γυναικών στην αναπαραγωγή.

Επιπρόσθετα, όταν οι γυναικολόγοι προτείνουν την εξωσωματική γονιμοποίηση ως μορφή θεραπείας, δεν παρουσιάζεται ως επιλογή αλλά ως επίφαση. Σε μια κουλτούρα η οποία ορίζει τη γυναικεία ταυτότητα με όρους της μητρότητας, του να προσφέρει κάποιος την “επιλογή” να συμμετέχουν στις διαδικασίες της εξωσωματικής γονιμοποίησης και η συμφωνία να συμμετέχουν σε αυτές, δε σημαίνει απαραίτητα ότι είναι και ελεύθερες. Η ύπαρξη της τεχνολογίας δίνει αναπόφευκτες αλλά μη επιθυμητές επιλογές. Το άτομο επιλέγει να επιλέξει την τεχνολογία ως ελπίδα για να ξεπεράσει το πρόβλημα της ατεκνίας ή να απορρίψει την εξωσωματική γονιμοποίηση και να αναλάβει την ευθύνη της κατάστασής του (ό.π.).

Οι ειδικοί της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας τείνουν να αναφέρονται στην υπογονιμότητα ως μια «τρομερή ασθένεια» και υποστηρίζουν ότι αυτοί που υποφέρουν από αυτήν έχουν δικαίωμα στη θεραπεία (P. Foster, 1995). Οι ειδικοί των νέων τεχνολογιών βοηθούν τις γυναίκες ως «ασθενείς» ώστε να κυριαρχήσουν και να θεραπεύσουν τις σωματικές ατέλειες. Η αναπαραγωγή σε όλα της τα στάδια έχει πλέον θεσμοθετηθεί ως ιατρικό φαινόμενο (R. Duelli-klein, 1985). Μια εξήγηση του φαινομένου της ιατρικοποίησης της εγκυμοσύνης είναι και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα η βιοιατρική προ-γεννητική φροντίδα ξεκίνησε να προσφέρει πραγματικούς τρόπους μείωσης της βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας²⁹.

Οι δηλώσεις των ιατρών που ασχολούνται με την εξωσωματική γονιμοποίηση, δηλαδή ότι οι γυναίκες είναι βιολογικά παρακινημένες να αναπαράγουν και αν αυτό

²⁹ Στο άρθρο του K.K. Barker (1998) “*A Ship Upon A Stormy Sea: The Medicalization of Pregnancy*”, Social Science of Medicine, Vol 47, No 8, pp. 1067-1076, παρουσιάζεται ο ρόλος της ιατρικής ρητορικής στην ανέλιξη της ιατρικής πολιτιστικής αυθεντίας και αναπτύσσει τις προεκτάσεις της έννοιας της εγκυμοσύνης και της γέννησης ως ιατρικά προβληματικά γεγονότα παρά ως φυσικά συμβάντα. Επίσης, οι B. Ehrenreich & D. English (1978) σκιαγραφούν το σταδιακό σφετερισμό της αναπαραγωγικής διαδικασίας από την ανδρική κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος.

εμποδίζεται, τότε αυτές είναι διαταραγμένες, είναι ταυτόχρονα θέση της κυρίαρχης ιδεολογίας -οι γυναίκες χρειάζονται τη μητρότητα- αλλά και μέρος του επαγγελματικού ισχυρισμού σε μια περιοχή εργασίας (όχι απλά ότι μερικές γυναίκες θέλουν παιδιά αλλά όλες) (A. Oakley, 1993). Η εξομοίωση της φυσιολογίας των γυναικών και της βιοχημείας με τη μητρότητα έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση του γεγονότος ότι η βιολογία είναι πεπρωμένο (P. Spallone, 1989).

Η χρήση των γυναικών στην έρευνα της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν ακολουθεί απλά το βιολογικό γεγονός ότι οι γυναίκες είναι υπεύθυνες για την ανατροφή των παιδιών. Τα βιολογικά γεγονότα υπάρχουν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο μεταξύ πολιτιστικών πεποιθήσεων και κανόνων (P. Spallone, 1989).

Η υιοθεσία και η ζωή χωρίς παιδιά θεωρούνται όψεις οι οποίες γίνονται αποδεκτές μόνο όταν οι προσπάθειες για φυσιολογική εγκυμοσύνη έχει αποδειχτεί μάταιη (R. Hubbard, 1981; J. Lorber, 1988).

Το Δυτικό Ιατρικό Μοντέλο έχει συχνά αξιολογηθεί αρνητικά εξαιτίας του γεγονότος ότι χειρίζεται τις ασθένειες και τα μέρη του σώματος αντί να βλέπει τον ασθενή ως ολοκληρωμένο άτομο (P. Spallone, 1989).

Επιπρόσθετα, η έννοια της θεραπείας που παρέχεται από τις τεχνολογίες “αναπαραγωγής” δεν είναι η ίδια με αυτή που συνήθως κατανοούμε. Ο Winston (1991), όπως παραθέτει ο R. Snowden (1998, σελ. 252), παρουσιάζει τη διαφορά μεταξύ εξωσωματικής γονιμοποίησης και μικροχειρουργικής tubal

«εδώ η θεραπεία έχει σχεδιαστεί προκειμένου να διορθωθεί η διαδικασία ασθένειας ή να αλλάξει η υπάρχουσα παθολογία. Κατά περίεργο τρόπο, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι σχεδόν διαφορετική, εφόσον δεν είναι θεραπεία για την αιτία της υπογονιμότητας...αλλά ένας τρόπος για να μείνει ένα άτομο έγκυο»

Η χρήση δωρεάς σπερματοζωαρίων ή ωαρίων δεν έχει τίποτα να κάνει με την ανικανότητα του ατόμου να προκαλέσει εγκυμοσύνη. Αυτό που λαμβάνει χώρα είναι η ματαίωση της ατεκνίας παρέχοντας προσωπικά και κοινωνικά αποδεκτά μέσα διανομής γαμετών στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας του υπογόνιμου ζευγαριού το οποίο επιθυμεί την εγκυμοσύνη.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην αναφορά του Συμβουλίου για την Επιστήμη και την Κοινωνία (CSS Report) (1984), η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν είναι θεραπεία αλλά υπηρεσία η οποία αποτελεί μέρος της «κοινωνικής» μηχανικής σχεδιασμένο για να εκπληρώσει την επιθυμία του ζευγαριού για ένα παιδί. Η

επιθυμία αυτή, μπορεί να είναι ισχυρή όσο και η ανάγκη, αλλά πρόκειται για μια κοινωνικά καθορισμένη ανάγκη ή καλύτερα μια επίκτητη ανάγκη.

B.5 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η Ελληνική Πολιτεία με το Π.Δ. 517/24.12.91 ΦΕΚ 202-Α και στο κεφάλαιο Β2 αναφέρεται στις ειδικές μονάδες. Με το διάταγμα αυτό καθορίζονται λεπτομερώς οι απαιτούμενοι χώροι, ο εξοπλισμός, τα εργαστήρια, οι κλίνες νοσηλείας και ότι άλλο απαιτεί η σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία. Εξάλλου με το Ν. 2071 ΦΕΚ 123/15.7.92 τεύχος Α “Περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης του ΕΣΥ” σχετικά με τις μονάδες τεχνικής γονιμοποίησης και στο άρθρο 59 ορίζονται τα ακόλουθα:

α) Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης, Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύστερα από εισήγηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις συστάσεως και λειτουργίας μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης του ανθρώπου και στο ίδιο προεδρικό διάταγμα θα καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την ηθική δεοντολογική, νομική και οικονομική ρύθμιση του θέματος

β) Οι μονάδες αυτές λειτουργούν υποχρεωτικώς σε ειδικώς οργανωμένα νοσοκομεία ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ ή ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές.

Επιπρόσθετα, όπως παρουσιάζει ο Σ. Καραντζής (2000), ανώτερο όριο ηλικίας της γυναίκας για την εφαρμογή οποιαδήποτε μεθόδου τεχνητής γονιμοποίησης ορίζεται το 50ο έτος της ηλικίας όποτε και η φυσική αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας χάνεται. Το ΚΕΣΥ αποφάσισε κατά πλειοψηφία το παιδί που γεννιέται με τη μέθοδο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στο αρχείο και στο όνομα του δότη σπέρματος ή ωαρίου όταν ενηλικιωθεί.

Όλα τα ζευγάρια τα οποία υποβάλλονται σε κάποια μέθοδο τεχνητής γονιμοποίησης θα πρέπει να ενημερώνονται για τα ιατρικά, νομικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν και στη συνέχεια να αποδέχονται με έγγραφη συγκατάθεσή τους τη συγκεκριμένη μέθοδο, υπογράφοντα έντυπο. Αυτή η συγκατάθεση θα πρέπει να υπάρχει στο φάκελο κάθε ζευγαριού.

Σχετικά με τις περιπτώσεις της “φέρουσας” μητέρας (δανεική μήτρα), το ΚΕΣΥ προβλέπει η φέρουσα μητέρα να είναι ήδη έγγαμη, να έχει το δικό της παιδί και ηλικία μεταξύ 18 και 35 χρόνων. Παράλληλα θα απαιτείται η έγκριση της ειδικής

Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας³⁰, η οποία θα χορηγείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

Όσο αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα, δεν υπάρχει επίσημη ή κρατική καταγραφή των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με την άποψη του Χ. Καζλάρη (1996), η επιστημονική κοινότητα της ΙΥΤ στην Ελλάδα πάσχει, κατά τη γνώμη πολλών ειδικών, από απουσία οργανώσεως και συναινετικού πνεύματος. Δεν υπάρχει μια μοναδική και οργανωμένη επιστημονική εταιρεία που να ασχολείται με το αντικείμενο της ανθρώπινης αναπαραγωγής αλλά πολλές και διάφορες εταιρείες χωρίς κοινό ετήσιο συνέδριο ή ειδικευμένες έντυπες περιοδικές εκδόσεις.

Σχετικά με τις Διεθνείς καταγραφές η ESHRE – European Society for Human Reproduction and Embryology (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας) καταγράφει σε πανευρωπαϊκό επίπεδο τα αποτελέσματα ΙΥΤ των κέντρων που συμμετέχουν σε αυτήν. Τα αποτελέσματα καταγραφής παρουσιάζονται στο περιοδικό Human Reproduction, στο ετήσιο συνέδριό της ή στο ετήσιο παγκόσμιο συνέδριο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης. Από την πλευρά της, η αντίστοιχη επιστημονική εταιρεία είναι η ASRM³¹ (ό.π).

Τέλος, όσο αφορά τις τράπεζες σπέρματος, για την Ελλάδα ισχύει η υπουργική απόφαση Υ1α/οικ.1335, 13/3/1996 με θέμα “Λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης και τραπεζών σπέρματος” η οποία αναφέρει:

“1. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση νωπού σπέρματος διακινούμενου καθ’ οιονδήποτε τρόπο προς πραγματοποίηση ετερόλογης τεχνητής γονιμοποίησης από τα αντίστοιχα τμήματα ή μονάδες που λειτουργούν στα νοσοκομεία ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ όλης της χώρας.....

2. Συνιστάται η χρησιμοποίηση μόνο κατεψυγμένου σπέρματος υπό την προϋπόθεση ότι έχουν πραγματοποιηθεί όλοι οι έλεγχοι, όπως προβλέπονται από τις σχετικές οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και άλλων αντιστοιχών οργανισμών διεθνούς κύρους καθώς και από το υπ’ αριθ. Α1/οικ. 3151/ΕΓΚ.25/7.4.86 Υπουργική απόφαση και το υπ’ αριθ. Α1/οικ./7966/7.8.87 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η τήρηση της σύστασης αυτής θα αποδεικνύεται από σχετικό πιστοποιητικό που θα υπογράφεται από τον υπεύθυνο της Τράπεζας σπέρματος, που θα χορηγεί το υλικό και θα κρατείται σε ειδικό αρχείο. Αντίγραφο του πιστοποιητικού αυτού θα συνοδεύει το υλικό και θα παραδίδεται στον υπεύθυνο γιατρό που πραγματοποιεί την πράξη τεχνητής γονιμοποίησης και θα κρατείται σε ειδικό αρχείο της Μονάδας Τεχνητής Γονιμοποίησης, δημόσιας ή ιδιωτικής. Τα πιστοποιητικά αυτά παραδίδονται προς έλεγχο σε κάθε περίπτωση που θα ζητηθεί τούτο από ειδικά εξουσιοδοτημένους ελεγκτές του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι Τράπεζες Σπέρματος οφείλουν να τηρούν πλήρες αρχείο δοτών σπέρματος, αυστηρά απόρρητο, με καταγεγραμμένα όλα τα προσωπικά τους στοιχεία (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση,

³⁰ Νόμος 2071/1992, άρθρο 61 §2 Σκοπός του **Εθνικού συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας** είναι η συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επι ζητημάτων ιατρικής, ηθικής και δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επι όλων των αναφυόμενων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η γνωμοδότηση προς άρση των διαφορών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο των τοπικών επιτροπών ιατρικής, ηθικής όταν αυτές λειτουργήσουν.

³¹ Στις 1/1/1995 η AFS-American Fertility Society (Αμερικάνικη Εταιρεία Γονιμότητας) μετονομάστηκε σε ASRM-American Society for Reproductive Medicine (Αμερικάνικη Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής).

τηλέφωνο, εθνικότητα και ιθαγένεια, κατάσταση υγείας-πλήρες ιατρικό ιστορικό) οι οποίοι θα πρέπει ανα τρίμηνο να υποβάλλονται σε πλήρεις υγειονομικούς ελέγχους, ιδιαίτερα σε ότι αφορά νοσήματα μεταδιδόμενα δια της σεξουαλικής επαφής. Πρόσβαση στο αρχείο δοτών έχουν αποκλειστικά τα ειδικά εξουσιοδοτημένα όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και οι αρμόδιες δικαστικές αρχές.”

Η Εθνική Επιτροπή της Βιοηθικής έχει συσταθεί με τον ν. 2667/1998 (ΦΕΚ Α' 281/1998) αποτελεί συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας και έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α) Εξετάζει κάθε ηθικό, ηθικό ή νομικό ζήτημα σχετικό με τις εξελίξεις ιδίως στη Βιολογία, την Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική.

β) Διατυπώνει, σε συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία, προτάσεις συνολικής πολιτικής συγκεκριμένων ενεργειών για ειδικά προβλήματα σε αυτά τα θέματα.

γ) Συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς και παρεμφερή όργανα, μεριμνά για τη συμμετοχή της Ελλάδας σε διεθνείς εκδηλώσεις σχετικές με την έρευνα στους τομείς του ενδιαφέροντός της.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες με κάθε πρόσφορο μέσο για θέματα που αφορούν την εξέλιξη βιολογικών επιστημών και τις συνέπειες των εφαρμογών τους (<http://www.bioethics.gr>).

Η τελευταία νομοθετική ρύθμιση είναι ο Νόμος 3089 (ΦΕΚ 327/23-12-2002) σχετικά με την Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή”. Τα βασικά σημεία του νόμου είναι τα εξής: Οι προϋποθέσεις ισχύος της ιατρικής υποβοήθησης είναι η αντιμετώπιση της αδυναμίας απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή η αποφυγή μετάδοσης στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Η υποβοήθηση επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Απαγορεύεται η κλωνοποίηση³² ενώ η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι

³²Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ θεραπευτικής και αναπαραγωγικής κλωνοποίησης. Η πρώτη είναι τεχνική με την οποία από τα γονιμοποιημένα ωάρια μιας έως τριών ημερών δημιουργούνται ιστοί και όργανα τα οποία χρησιμοποιούνται για αντικαταστάσεις οργάνων ή για την αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών μέσω των μεταμοσχεύσεων. Η κλωνοποίηση αυτή είναι επιτρεπτή παρότι παρουσιάζεται νομικό και ηθικό πρόβλημα που αφορά τη φύση του γονιμοποιημένου ωαρίου έχει αρχίσει να δημιουργείται ανθρώπινη ζωή. Η αναπαραγωγική κλωνοποίηση απαγορεύεται διότι θίγει την αξία της διαφορετικότητας, μια αξία κρίσιμη για την πραγμάτωση της προσωπικής αυτονομίας, αφού η συνύπαρξη με εξωτερικά πανομοιότυπους ανθρώπους αναιρεί την μοναδικότητα του ατόμου η οποία αποτελεί προϋπόθεση της αυτονομίας του (Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003).

επιτρεπτή εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο³³ (άρθρο 1455 ΑΚ).

Στο νόμο αυτό καθορίζεται η υποβοήθηση στην άγαμη γυναίκα και απαιτείται η συναίνεση αυτής και εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άντρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφική πράξη (άρθρο 1456 ΑΚ). Επίσης, η τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του συζύγου ή του άντρα με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση επιτρέπεται με δικαστική άδεια μόνον εφόσον συντρέχουν σωρευτικώς οι εξής προϋποθέσεις: α. ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του β. ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση. Η τεχνητή γονιμοποίηση διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση διετίας από το θάνατο του άντρα (άρθρο 1457 ΑΚ). Με το άρθρο 1458 επιτρέπεται η μεταφορά στο σώμα άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ίδια, και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν από τη μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, εάν αυτή είναι έγγαμη (παρένθετη μητρότητα).

Μια σημαντική καινοτομία του νέου νόμου για την ιατρική υποβοήθηση είναι η ρητή αποδοχή των εναλλακτικών σχημάτων που παρουσιάζονται στην κοινωνία μας όπως είναι η μονογονεϊκή οικογένεια και η οικογένεια των μόνιμων ελεύθερων συντρόφων. Το συμφέρον του παιδιού δε θεωρείται ότι θίγεται όταν το παιδί καλείται να ζήσει μέσα σε ένα μη παραδοσιακό οικογενειακό σχήμα, αφού και αυτό μπορεί να εξασφαλίσει στο παιδί αγάπη και φροντίδα και επιπλέον οι εναλλακτικές οικογενειακές μορφές δεν στιγματίζονται κοινωνικά (Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003).

Σχετικά με το πλεονάζον γενετικό υλικό (κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια) μπορεί να διατεθεί χωρίς αντάλλαγμα σε άλλα πρόσωπα που θα επιλέξει ο γιατρός ή το ιατρικό κέντρο, θα χρησιμοποιηθούν χωρίς αντάλλαγμα για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή θα καταστραφούν

³³ Τέτοια αρρώστια είναι η μυοπάθεια Duchenne η οποία μεταβιβάζεται από τη μητέρα φορέα στους μισούς γιούς της και προκαλεί μυϊκή ατροφία από την ηλικία των δύο ετών, η οποία εξελίσσεται σε παράλυση γύρω στα είκοσι χρόνια (Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003).

(άρθρο 1459 ΑΚ)³⁴. Τέλος, διατηρείται η ανωνυμία των δοτών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του. Πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στο τέκνο και για λόγους σχετικούς με την υγεία του. Η ταυτότητα του τέκνου, καθώς και των γονέων του δε γνωστοποιείται στους τρίτους δότες γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων (άρθρο 1460 ΑΚ).

Επιπρόσθετα, προκύπτει ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της συγγένειας με βάση το “κοινωνικοσυναισθηματικό” στοιχείο, δηλαδή η επικράτηση της αρχής της “κοινωνικοσυναισθηματικής” συγγένειας (Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003). Υποχωρεί η σημασία της καταγωγής και συνεπώς η έννοια του γονέα χάνει πια το σταθερό βιολογικό της υπόβαθρο. Παράλληλα, υπερέχει το στοιχείο της ιδιωτικής αυτονομίας δηλαδή η βούληση των μερών, που συνδέει νομικά τα παιδί όχι εξάπαντος με τους “γενετικούς” γονείς αλλά με αυτούς που το επιθυμούν, δηλαδή τους “κοινωνικούς” γονείς.

Η επίσημη Εκκλησία της Ελλάδας αντιτίθεται στο νομοσχέδιο αυτό διότι θεωρείται ο ιερός θεσμός της οικογένειας, τον οποίο η εκκλησία με το μυστήριο του γάμου τείνει να εξομοιωθεί με παρά φύση υποκατάστατα που έχουν τελευταίως καθιερωθεί σε άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Όπως έχει αναφέρει ο μακαριστός αρχιεπίσκοπος Ελλάδας Χριστόδουλος, η Εκκλησία δε δέχεται τη γέννηση παιδιών τα οποία δεν ξέρουν ποια είναι η μητέρα τους και ο πατέρας τους αλλά ούτε και να παντρευτούν αδέρφια χωρίς να το γνωρίζουν. Επίσης, δε θα δεχθεί να μετατραπεί το έμβρυο σε «γεννητικό υλικό» και να επιτρέπονται επάνω του κάθε είδους πειραματισμοί. Η εκκλησία επίσης δε θα δεχθεί να γεννιέται παιδί από κατεψυγμένο σπέρμα του πεθαμένου πατέρα. Στην περίπτωση αυτή λογαριάζεται μόνο ο εγωιστικός συναισθηματισμός των γονέων και όχι το έμβρυο, το οποίο όταν γεννηθεί θα μεγαλώσει ορφανό.

³⁴ Έχει επικρατήσει η άποψη ότι η εξατομικευμένη ανθρώπινη ζωή του συγκεκριμένου ανθρώπου αρχίζει να δημιουργείται μετά τις τεκατέσσερις ημέρες από τη γονιμοποίηση, δηλαδή την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου, οπότε και αρχίζει να αναπτύσσεται η νωτιαία χορδή, που είναι ο πρόδρομος του νευρικού συστήματος. Συνεπώς, το σύνολο του γεννητικού υλικού (ωάριο, σπερματοζωάριο, γονιμοποιημένο ωάριο μέχρι δεκατεσσάρων ημερών) έχουν διπλή νομική φύση: αποτελούν αφενός πράγματα και αφετέρου στοιχεία της προσωπικότητας των δότην τους, και άρα η τύχη τους, ως αντικειμένων δικαίου, μπορεί να αποφασίζονται από τους δότες τους (Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003).

Προτείνεται η απόσυρση του Νομοσχεδίου της «υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»³⁵ και να ενισχυθεί ο θεσμός της παραδοσιακής οικογένειας και όχι να εξομοιωθεί με άλλες μη φυσιολογικές συμβιώσεις. Επίσης, να μην επιτραπεί η γέννηση παιδιών από χήρα μητέρα με κατεψυγμένο σπέρμα αποθανόντος συζύγου ή από γυναίκα που δυνητικά δε μπορεί να γεννήσει, λόγω του ότι έχει περάσει η περίοδος γονιμότητας, ή από γυναίκα που από διάθεση δική της θέλει να ζει μόνη ή με τους ευκαιριακούς φίλους ή φίλες της. Να προστατευτούν τα έμβρυα από τις επιστημονικές αυθαιρεσίες, εν ονόματι δήθεν της εξυπηρετήσεως της έρευνας ή της επιθυμίας κάποιων μη γόνιμων ζευγαριών. «Ο σκοπός δεν αγιάζει τα μέσα από το ζεύγος και από τους γιατρούς που το εξυπηρετούν μια νοοτροπία εγωιστική έναντι της φύσης και μια λογική εξουσίας ζωής και θανάτου έναντι των εμβρύων, που έτσι αντιμετωπίζονται ως «γεννητικό υλικό», δηλαδή ως «πράγματα» και «εργαλεία» και όχι ως δυνάμει άνθρωποι και εικόνες Θεού» (σελ.7) (<http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/keso-family-sep2002.html>).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Θ. Μουρτζανό, Πρόεδρο Ενώσεως Θεολόγων Νομού Μαγνησίας, για την εκκλησία η στειρότητα δε συνεπάγεται “ονειδισμός” όπως θεωρούνταν παλιά. Αν η αγάπη του άντρα και της γυναίκας έχει καρπό τα παιδιά, είναι μεγάλη η ευλογία του Θεού αλλά και ταυτόχρονα δωρεά του. Αν ο Θεός δεν επιτρέπει κάτι τέτοιο να συμβεί, δεν πρόκειται για κατάρα ή αποδοκιμασία του Θεού προς το ζευγάρι, αλλά εκπλήρωση του σχεδίου της σωτηρίας για τα πρόσωπα αυτά. Οι δυνατότητες εστιάζονται στην υιοθεσία ή την ελεημοσύνη προς τα ανήμπορα και φτωχά παιδιά (όπως συνιστούσε και ο Άγιος Κοσμάς ο Αιτωλός). Αποτελεί παρηγοριά και απόδειξη της αγάπης και της διοχέτευσης σε άλλους εξίσου ευλογημένους δρόμους της δημιουργικότητας των άτεκνων ζευγαριών (<http://www.imd.gr/html/gr/section02/orthodoxy/interesting/44.htm>).

Το κοινό χαρακτηριστικό πολλών σύγχρονων εφαρμογών της βιοτεχνολογίας είναι η επέμβαση και λήψη απόφασης επί της ανθρώπινης ζωής. Η χριστιανική ηθική ανάγει σταδιακά τον άνθρωπο στην παραίτηση από τα δικαιώματα και στην εγκατάλειψη του ιδίου θελήματος, ώστε να λάμψει μέσα του το θέλημα και η χάρη του Θεού. Η κοσμική βιοηθική τονίζει τα δικαιώματα του προσώπου φιλοδοξώντας να υπηρετήσει μόνο την εφήμερη ατομική ευημερία. Σχετικά με την εφαρμογή της

³⁵ Οι συγκεκριμένες θέσεις του Μακαριστού Αρχιεπισκόπου Χριστόδουλου ανακοινώθηκαν πριν την έκδοση του Νομου για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

εξωσωματικής γονιμοποίησης, παρότι χωρίζεται σε πολλές μεθόδους, οι περισσότεροι ορθόδοξοι θεολόγοι διάκινται σε γενικές γραμμές αρνητικά (Μ. Βάντσος, 2000).

Τέλος, στην Ελλάδα το 1995 ιδρύθηκε το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «Κυβέλη» το οποίο έχει υποβάλλει προτάσεις στο Υπουργείο Υγείας για την οριοθέτηση της εφαρμογής της ΙΥΤ και έχει ζητήσει την ένταξή του στο IFIPA³⁶ που απαρτίζεται από τα αντίστοιχα σωματεία 19 χωρών και αντιπροσωπεύει περίπου 100.000 μέλη παγκοσμίως. Σκοποί του σωματείου είναι η δημοσιοποίηση του προβλήματος της υπογονιμότητας, ώστε να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη και η Πολιτεία, η καταγραφή προβλημάτων στην εφαρμογή της ΙΥΤ στην Ελλάδα αλλά και η επεξεργασία, διατύπωση και προώθηση προτάσεων για την κοινωνική, ηθική και νομική οριοθέτηση της ΙΥΤ στην Ελλάδα και διεθνώς. Ανάλογη δράση έχει και το σωματείο Magna Mater.

Συμπερασματικά, στην Ελλάδα διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν οι κοινωνικές ζυμώσεις όσο αφορά το θέμα της χρήσης των νέων τεχνολογιών τεκνοποίησης/αναπαραγωγής. Οι νομικοί δίνουν τα πλαίσια νομιμότητας της χρήσης των νέων αυτών τεχνολογιών αλλά και τις προϋποθέσεις εφαρμογής της χρήσης αυτής. Ο θεολογικός κύκλος φαίνεται να αντιτίθεται και να είναι αρνητικός στην ιατρική παρέμβαση όταν πρόκειται για την επέμβαση και τη λήψη απόφασης επί της ανθρώπινης ζωής. Η χριστιανική ηθική προστάζει το θέλημα του Θεού ενώ η νομική ηθική προασπίζει τα δικαιώματα του ατόμου. Η κοινωνία, από την άλλη πλευρά, με την ίδρυση σωματείων προσπαθεί να επεξεργαστεί τα νεότερα δεδομένα γύρω από την υπογονιμότητα και τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής (κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης) με σκοπό την υποστήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών.

³⁶ International Federation of Infertility Patients Association, Διεθνής συνομοσπονδία συλλόγων υπογόνιμων ασθενών

Γ. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η υπογονιμότητα έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από τους αρχαίους χρόνους. Υπήρξε διαφορετική αντιμετώπιση του προβλήματος και αυτό οφειλόταν στο δίκτυο σημασιών που σχετίζεται με την υπογονιμότητα η οποία συνδέεται με τους κοινωνικούς και θρησκευτικούς θεσμούς της κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες έρευνες οι οποίες προσδοκούν να διερευνήσουν την πρόσληψη του υποκειμένου -και πιο συγκεκριμένα της γυναίκας του υπογόνιμου ζευγαριού- για την υπογονιμότητα, εστιάζονται κυρίως στην «ψυχολογίζουσα» υπόσταση του ατόμου ή οι οποίες καθορίζουν εκ των προτέρων ως μοναδικό το αξιακό πλαίσιο της γυναίκας-μητέρας εμμένοντας στον παθητικό ρόλο του «συλλογικού όντος». Ο βαθμός αποδοχής και ενστερνισμού των κοινωνικών αξιών καθώς και η αναζήτηση της ταυτότητας στις κοινωνικές ομάδες και σχέσεις υπογραμμίζει τον ενεργητικό ρόλο τον οποίο λαμβάνουν τα υπογόνιμα άτομα και κυρίως οι γυναίκες. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η κοινωνική θέση των γυναικών επηρεάζει τις εμπειρίες αλλά και τις ειδικές αλληλεπιδράσεις και διαμορφώνει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις. Το γένος, ως ταυτότητα, δεν είναι έμφυτο του φύλου αλλά αναφέρεται στην κοινωνική θέση.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί σύντομα μια ιστορική τοποθέτηση πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι πρόκειται για επαναξιολόγηση του φαινομένου και όχι για διερεύνηση ενός νέου. Στη συνέχεια, η ανάλυση των θεσμών της οικογένειας και του γάμου αποσκοπεί στην παρουσίαση της σύνδεσης μεταξύ βιολογικού και κοινωνικού φύλου καθώς και την επιρροή των θεσμών αυτών στην τεκνοποίηση/μητρότητα

Τέλος, η παρουσίαση της κοινωνιοψυχολογικής βάσης της υπογονιμότητας θα προσδιορίσει την κοινωνική εμπειρία της υπογονιμότητας αναδεικνύοντας την αλληλεπίδραση μεταξύ του κοινωνικού (τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία επηρεάζει) και του ψυχολογικού (η αναζήτηση ταυτότητας για τις γυναίκες). Ο χώρος της υπογονιμότητας αποτελεί ένα πλαίσιο δυναμικής πρόσληψης του κοινωνικού και του ψυχολογικού.

Γ.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ

Πολλά κείμενα αναφέρονται στη γονιμότητα και οι άνθρωποι γνώριζαν την αναγκαιότητα συνεύρεσης των δύο φύλων με σκοπό την τεκνοποίηση. Στη Βίβλο, η οποία περιέχει πολλές αναφορές στη γονιμότητα, αναφέρεται το παράδοξο της τεκνοποίησης της Σάρας σε εξαιρετικά προχωρημένη ηλικία όπως επίσης και την εκθαύματος «γονιμοποίηση» της Θεομήτορος Μαρίας η οποία συνέβη χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση.

Στους Αιγυπτιακούς παπύρους, της εποχής 2160-1788 υπάρχουν αναφορές γυναικολογικού περιεχομένου. Συγκεκριμένα στον πάπυρο Ebers (περίπου 1550 πχ) υπάρχει αναφορά στα γυναικεία «γεννητικά όργανα». Οι Αιγύπτιοι θεωρούσαν ότι η υπογονιμότητα προσβάλλει και τα δύο φύλα και είχαν επινοήσει τρόπους για τη διάγνωσή της. Η ισοτιμία των αντρών και των γυναικών στην Αίγυπτο δεν δημιουργούσε προκαταλήψεις γύρω από τα θέματα αυτά. Η υπογονιμότητα δε θεωρήθηκε «θεία τιμωρία» στην Αίγυπτο, σε αντίθεση με την Εβραϊκή νοοτροπία, που υποβίβαζε την άτεκνη γυναίκα σε κατώτερη μοίρα από κοινωνικής πλευράς (Χ. Καζλάρης, 1996).

Στην Ελληνική μυθολογία υπάρχουν πολλές αναφορές στη γονιμότητα, εμμέσως και στη στειρότητα ή στην υποκατάστατη μητρότητα (ένα παράδειγμα είναι της Ερμιόνης, κόρη του Μενελάου και της Ωραίας Ελένης). Υπήρχαν θεότητες της γονιμότητας και της τεκνοποιίας (Αθηνά, Δήμητρα³⁷, Κυβέλη³⁸), θεοποιημένες δίδυμες γεννήσεις (Κάστωρ και Πολυδεύκης), χιμαιρικές διασταυρώσεις ανθρώπων με ζώα (Κένταυροι) έως και σαφείς υπαινιγμοί εξωσυζυγικής γονιμοποίησης (η «γονιμοποίηση» της Δανάης από τον Δία) (ό.π).

Επίσης, σύμφωνα με τον Ζαν Ρισπέν (2000), η σπουδαιότερη ίσως και αρχαιότερη δικαιοδοσία του Ερμή είναι του παράγοντα της αρχής της γονιμότητας, που κυριότερά της σύμβολα είναι ο φαλλός και ο κριός και κάποτε και ο μόσχος και ο τράγος. Στον Πρίαπο, ο ανθρωπομορφισμός προσωποποιεί μian ιδέα που πιθανά

³⁷ Τα «Θεσμοφόρια», η σπουδαιότερη γιορτή από όλες που τελούνταν προς τιμή της Δήμητρας, θεάς είχε σκοπό την εκδήλωση παρακλήσεων στη θεά για τη γονιμότητα της φύσης και του ανθρώπινου γένους. Μια από τις κύριες ιδιότητές της είναι η γονιμότητα και σύμφωνα με τον François Lenormant ο χαρακτήρας της θεάς είναι τριπλός «της γεωργίας, της ειδικά εφορευουσας στη σύσταση των ανθρώπινων κοινωνιών και προπαντός στη θέσπιση των νόμων του γάμου» (Ζαν Ρισπέν, 2000, τόμος, 3, σελ 137).

³⁸ Η λατρεία της ταυτίστηκε με αυτή της Ρέας και επανομαζόταν «Μεγάλη Μητέρα» ή «Μητέρα των Θεών» και ήταν η προσωποποίηση της θεοποιημένης γης » (Ζαν Ρισπέν, 2000).

συναντιέται σε όλους τους πρωτόγονους λαούς: την ιδέα της γέννησης, της παραγωγικής ενέργειας της φύσης, τόσο στον άνθρωπο όσο και στο ζωικό και φυτικό βασίλειο. Έτσι, ο Πρίαπος εικονίζεται ιθυφαλλικός (σε στύση), αφού ο φαλλός θεωρείται σύμβολο της γενετικής δύναμης » (Ζαν Ρισπέν, 2000).

Ο ρόλος της γυναίκας στην αναπαραγωγή στην αρχέγονη και αρχαιοελληνική φαντασίωση ήταν αυτός του «χωραφιού» το οποίο ήταν απαραίτητο για να αναπτυχθεί ο σπόρος του άνδρα. Δεν είναι παράδοξο ότι όλες αυτές οι λέξεις (σπέρμα, σπόρος, σπορά) έχουν την ίδια ετυμολογική προέλευση και χρησιμεύουν τόσο στη γεωργία όσο και στην ιατρική (ό.π).

Η θεά της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας στην αρχαία Ελλάδα ήταν η Ειλείθυια, αρχέγονη θεότητα παλαιότερη του Κρόνου και λατρεύτηκε ως πρωταρχική χθόνια θεότητα σε όλη τη Μινωϊκή Κρήτη. Μάλιστα στο σπήλαιό της στη μινωϊκή Ίνατο ή Είνατο, από όπου προήλθε το επίθετο της θεάς, Εινατία, βρέθηκαν αφιερώματα τα οποία απεικονίζουν έγκυες γυναίκες και ζευγάρια σε ερωτικές στάσεις. Τα αναθήματα στη θεότητα αποτελούνταν από πλάκες και εδώλια που σχετίζονταν με την εγκυμοσύνη (παραστάσεις αιδοίου, μαστών, απεικονίσεις με ωογέννητα). Σε μερικές περιοχές του ελλαδικού χώρου και κατά τη διάρκεια διαφορετικών χρονικών περιόδων ταυτίστηκαν με τη θεότητα αυτή και άλλες θεότητες. Η θεά του έρωτα, η Αφροδίτη σχετίζεται με το γάμο και τη δημιουργία παιδιών. Πρότυπο ενάρετης συζύγου η θεά Ήρα, προστάτευε τις νόμιμες ενώσεις με το επίθετο Γαμήλιος. Στα όψιμα ελληνιστικά χρόνια λατρεύτηκε στο Δίον της Μακεδονίας αλλά και σε άλλες περιοχές η Αιγυπτιακή θεά Ίσις ως Ίσις Λοχία. Ως θεά της εγκυμοσύνης και του τοκετού οι αρχαίοι έλληνες τιμούσαν και την σεληνιακή θεότητα Εκάτη.

Από τους χρόνους της κλασσικής περιόδου, η λατρεία της Ειλειθυίας ενσωματώθηκε με τη λατρεία της Αρτέμιδος. Η ασιατικής καταγωγής αιμοβόρα θεά Άρτεμις, θεά της γονιμότητας, της ζωής και του θανάτου, που αποζητά και απαιτεί αιματηρές θυσίες μετασχηματίζεται σε θεότητα φιλική προς τον άνθρωπο που τον συντροφεύει στο κυνήγι και την εγκυμοσύνη σε θεότητα της Φύσεως και της Ζωής.

Μετά την επικράτηση της χριστιανικής θρησκείας παρουσιάζεται η αποδοχή από τον ελληνικό λαό του Αγίου Ελευθερίου ως προστάτη των εγκύων. Μάλιστα, ο μικρός ναός δίπλα στη Μητρόπολη Αθηνών ήταν κατά τη βυζαντινή εποχή αφιερωμένος στην Παναγία την «Αθηνιώτισσα» ή «Γοργοεπήκοο» και χτίστηκε στον τόπο του αρχαίου ναού της Ειλειθυίας. Για τη θαυματουργή εικόνα της Παναγίας που

μεταφέρθηκε στο μικρό εκκλησάκι γράφεται *«τας ατέκνους, ευτέκνους ποιεί, τας στείρας γυναικάς πολυγόνους αποδεικνύει, τας εν τοκετώ ωδινούσας ελευθεροί»*. Στο εκκλησάκι αυτό προσέφευγαν κατά τους βυζαντινούς χρόνους και στα χρόνια της Τουρκοκρατίας οι επίτοκες Αθηναίες συνεχίζοντας τα λατρευτικά δρώμενα της αρχαιότητας. Υπάρχουν αρκετές αναφορές για χριστιανικές εκκλησίες που κατασκευάστηκαν σε αρχαία ιερά της Ειλειθυίας. Η διαχρονικότητα της ίδιας λατρείας στους συγκεκριμένους χώρους αποδεικνύει περίτρανα τις βαθιές ρίζες της πίστης και της παράδοσης στον τόπο μας (Λ. Βλαδίμηρος, 2001).

Ο στιγματισμός ότι ένας εκ των δύο συζύγων, ιδίως δε ο άντρας, ενδέχεται να είναι στείρος επέφερε στο ζεύγος αλλά και στις πατρικές οικογένειες τον κοινωνικό σχολιασμό εξαιτίας του στιγματισμού του ατόμου ως στείρου. Θεωρούσαν ότι πρόκειται για μεγάλη δυστυχία για το ζευγάρι ενώ η κοινωνία τους οικτρίζει και τους περιθωριοποιεί. Τα ίδια τα άτομα τα οποία παρουσίαζαν το πρόβλημα θεωρούσαν ότι εξωγενείς παράγοντες (μαγεία, βασκανία) ήταν υπεύθυνα για την κατάστασή τους (Α. Γούμενου, Γ. Κουμαντάκης, Κ.Φιλιπολίτης, Ι. Ματαλιωτάκης, 2000).

Σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, είναι γνωστό το «δέσιμο» του γαμπρού, το «αμπόδεμα» ή «ορχιπέδη», το οποίο αναφέρεται στο κλείσιμο μιας κλειδαριάς έτσι ώστε κατά μεταφορά να κλειστούν τα γεννητικά όργανά του ή ο σχηματισμός κόμπου σε μαντήλι και αφορά την αντιμετώπιση της αδυναμίας του άντρα να έρθει σε επιτυχή επαφή με τη σύζυγό του. Θεωρείται ενδιαφέρον να αναφερθεί το γεγονός ότι πιστευόταν ότι ο άγαμος και ο αυτός ο οποίος έχει προβλήματα τεκνοποίησης να μην εμβολιάζουν τα δέντρα και να φυτεύουν γενικώς φυτά για να μην πάρουν την τύχη τους (ό.π).

Όσο αφορά τη στείρα γυναίκα θεωρούσαν ότι δύναται να τεκνοποιήσει αν φάει πλακούντιο από νέο και πρώτη φορά χρησιμοποιούμενο φούρνο. Στην πρόληψη αυτή οι αναλογίες που ανιχνεύονται είναι: φούρνος-μητέρα, πλακούντιο-βρέφος, φωτιά-εγκυμοσύνη, πρώτο άναμμα-πρωτοτοκία. Επίσης, μπορεί να συλλέξει ένα οβολό από επτά μονόγαμες, γόνιμες γυναίκες και αυτό λόγω της ιερότητας του αριθμού επτά (ό.π).

Συμπερασματικά, η γονιμότητα, η εγκυμοσύνη, η τεκνοποίηση και η στειρότητα αναφέρονται σε αρχαία και παλαιά κείμενα (Βίβλο, Αιγυπτιακούς παπύρους, Ελληνική μυθολογία, κλπ). Παρατηρείται δε, ότι στην αρχέγονη και αρχαιοελληνική φαντασίωση υπήρχε συσχέτιση της σποράς με το σπέρμα και για το λόγο αυτό υπάρχει η ίδια ετυμολογική προέλευση των όρων αυτών. Παρατηρείται μια

μεταφορά της γονιμότητας που συναντάται στη γεωργία και στη φύση με τη γονιμότητα στον άνθρωπο και στην ιατρική. Επίσης, η κοινωνία απέδιδε τα αίτια της στειρότητας σε εξωγενείς παράγοντες (βασκανίες, κλπ) σε μια προσπάθεια κατανόησης του γεγονότος αυτού, ενώ απευθυνόταν πάντα σε θεότητες ή σε θεούς προκειμένου να παρακαλέσουν για καλή εγκυμοσύνη και τοκετό.

Γ.2 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΔΕΑΤΗ ΜΟΡΦΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ-Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Γ.2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η επιστημονική προσέγγιση της οικογένειας αρχίζει από το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα με τους Bachofen, Morgan, Engels, οι οποίοι για πρώτη φορά την αντιλαμβάνονται ως ιστορικό κοινωνικό θεσμό, η δομή και λειτουργία του οποίου προσδιορίζονται από το βαθμό ανάπτυξης της κοινωνίας στο σύνολό της (Χ. Νόβα-Καλτσούνη, 2000). Ο Bachofen –Ελβετός ιστορικός και νομικός-υποστηρίζει ότι πριν το πατρικό δίκαιο οι πρωτόγονες κοινωνίες είχαν γνωρίσει το μητρικό. Αρχικά παρουσιάζεται η «εταιρική» κατάσταση, όπου υπάρχει δυσχέρεια αναγνώρισης της πατρότητας των παιδιών, και όπου η μητρότητα ήταν κάτι αναμφισβήτητο με συνέπεια τη θεοποίηση των γυναικών εφόσον αυτές λογίζονταν σαν οι μόνοι γνωστοί γονείς. Στη συνέχεια, η εξέλιξη της μετάβασης στη μονογαμία συντελείται ως συνέπεια εξέλιξης των θρησκευτικών παραστάσεων (εμφάνιση νέων θεοτήτων αρσενικού γένους) (Α. Λεντάκης, 1990).

Ο Lewis Henry Morgan –Αμερικανός εθνολόγος, αρχαιολόγος και ιστορικός, μελετητής της αρχαϊκών κοινωνιών-υπογραμμίζει την επίδραση κοινωνικών παραγόντων στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της οικογένειας και υποστηρίζει ότι εξελίσσεται από μια κατώτερη σε μια ανώτερη μορφή ακολουθώντας την πορεία εξέλιξης της κοινωνίας (Χ. Νόβα-Καλτσούνη, 2000). Διέκρινε τρία στάδια πολιτιστικής προόδου: την αγριότητα (κατώτερο στάδιο), τη βαρβαρότητα (μεσαίο στάδιο) και τον πολιτισμό (ανώτερο στάδιο). Πίστευε ότι τα στάδια εξέλιξης από τα οποία πρέπει να περάσουν οι άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο είναι σαφή και ότι ο τρόπος της ανθρώπινης σκέψευς είναι ομοιόμορφος σε όλες τις ανθρώπινης κοινωνίας (N. S. Timasheff & G. A. Theodorson, 1983).

Από την πρωτόγονη κατάσταση και τις χωρίς κανόνες σεξουαλικές σχέσεις αναδύθηκε πολύ νωρίς μια μορφή οικογενειακής οργάνωσης, η “αιματοσυγγενική” (όμαιμη) οικογένεια όπου παρατηρείται η απαγόρευση των αιμομεικτικών σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών όχι όμως και μεταξύ αδερφών. Ο τύπος της οικογενειακής αυτής οργάνωσης διαδέχεται την “πουναλουανή” (ομαδογαμική οικογένεια) όπου παρατηρείται ο αποκλεισμός των σεξουαλικών σχέσεων και μεταξύ των αδερφών. Στη φάση αυτή, εμφανίζεται ο θεσμός του γένους που όπως παρατηρεί ο F. Engels(1984, σελ.147) “αποτελεί τη βάση της κοινωνικής διάρθρωσης των

περισσότερων αν όχι όλων των βάρβαρων λαών της γης από την οποία, στην Ελλάδα και στη Ρώμη περνάμε κατευθείαν στον πολιτισμό”. Στο στάδιο αυτό εμφανίζεται και ο θεσμός της μητριαρχίας, δηλαδή ο καθορισμός της συγγένειας και της κληρονομιάς με βάση τη μητρική γραμμή καταγωγής (Δ. Τσαούσης, 1985).

Από τη μετάβαση από την άγρια κατάσταση στη βαρβαρότητα εμφανίζεται η ζευγαρωτή (συνδυασμική) οικογένεια ενώ τη μετάβαση από τη βαρβαρότητα στον πολιτισμό επικρατεί η μονογαμική οικογένεια (Χ. Νόβα-Καλτσούνη, 2000). Στην πρώτη περίπτωση παρουσιάζεται ανατροπή του μητρογραμμικού και στην εγκατάσταση του πατρογονικού γένους όπου εμφανίζεται η πατρική εξουσία του αρχηγού της οικογενείας (paterfamilias) και η οικογένεια συνυπάρχει με τη δουλεία και την ιδιοκτησία. Για τον F. Engels³⁹, η συγκέντρωση του πλούτου ως αποτέλεσμα νέων πηγών απόκτησης τροφής -κτηνοτροφία, γεωργία- θα οδηγήσει στην εμφάνιση του κράτους και θα καταστήσει την οικογένεια οικονομική μονάδα της κοινωνίας. Η μονογαμία είναι η πρώτη μορφή ταξικής αντίθεσης και η πρώτη μορφή ταξικής καταπίεσης ανάμεσα στα δύο φύλα εφόσον βασίζεται στην κυριαρχία του άντρα με σκοπό τη γέννηση των παιδιών με αδιαφιλονίκητη πατρότητα (Δ. Τσαούσης, 1985).

Το νοικοκυριό το διεύθυναν αρχικά οι γυναίκες και αποτελούσε μια δημόσια οικονομική δραστηριότητα εξίσου κοινωνικά απαραίτητη με την προμήθεια τροφής που εξασφάλιζαν οι άντρες από το κυνήγι ή το ψάρεμα. Με την πατριαρχική οικογένεια και την ατομική οικογένεια, σύγχρονες με την ανάπτυξη της ιδιοκτησίας, η διεύθυνση του νοικοκυριού έχασε το δημόσιο χαρακτήρα της και μετατράπηκε σε ιδιωτική υπηρεσία (Α. Μισέλ, 1991).

Οι οπαδοί του εξελικτικού μοντέλου του 19^{ου} αιώνα δεν πίστευαν ότι η οικογένεια είναι οικουμενικό φαινόμενο, εν τούτοις μπορεί να δει κανείς στις απαρχές των σύγχρονων υποθέσεων στην πεποιθήσή τους ότι οι γυναίκες προσδιορίζονται και πάντα προσδιορίζονταν, από το ρόλο που έχουν να ανατρέφουν, να συνδέουν και να αναπαράγουν, κάτι που δεν αλλάζει μέσα στο χρόνο (J. Collier, M. Rosaldo, S. Yanagisako, 2000).

Στα συγγράμματα των σύγχρονων ανθρωπολόγων, η μονάδα μητέρα-παιδί θεωρείται ότι επιτελεί την οικουμενική απαραίτητη λειτουργία της ανατροφής των παιδιών. Και μπορεί να απομάκρυναν τον πατέρα από την οικογένεια, αλλά δεν

³⁹ Το έργο του Μόργκαν «Αρχαία Κοινωνία» επηρέασε τον Καρλ Μάρξ αλλά και τον συνεργάτη του Φρειδερίκο Ένγκελς. Ο τελευταίος έκανε χρήση των θεωριών του Μόργκαν και των παραδειγμάτων που αντλούσε από τις παρατηρήσεις του (N. S. Timasheff & G. A. Theodorson, 1983).

διαφοροποίησαν τη βασική κοινωνιολογική ιδέα της οικογένειας, στην οποία η λειτουργία της ανατροφής των παιδιών βασίζεται πάνω στην ένωση δύο ανθρώπων που μοιράζονται το ίδιο μέρος και που «αγαπιούνται» μεταξύ τους (ό.π).

Για τον E. Durkheim, στην κοινωνική ζωή υπάρχουν μερικά γεγονότα που δεν μπορούν να εξηγηθούν με τη φυσική ή την ψυχολογική ανάλυση. Υπάρχουν τρόποι δράσεως, σκέψεως και αισθήσεως που είναι εξωτερικοί προς το άτομο και έχουν τη δύναμη να το εξαναγκάσουν (N. S. Timasheff & G. A. Theodorson, 1983). Η οικογένεια δεν είναι φυσική ομάδα που δημιουργούν οι γονείς: είναι αντίθετα ένας κοινωνικός θεσμός που προήλθε από αίτια κοινωνικά, δηλαδή είναι αποτέλεσμα προοδευτικής συστολής από την πολιτικο-οικιακή ομάδα (ή άμορφη εξωγαμική φατρία) στη σύγχρονη συζυγική οικογένεια (Α. Μισέλ, 1991).

Σύμφωνα με τον C. L. Strauss, οι κανόνες της συγγένειας και του γάμου διαμορφώθηκαν από τον πρωτόγονο άνθρωπο ασυναίσθητα «προκειμένου να εξασφαλίσουν την ένταξη των βιολογικών οικογενειών στην κοινωνική ομάδα» (Α. Μισέλ, 1991, σελ. 55). Η ανθρώπινη κοινωνία αρχίζει να οργανώνεται όταν το αδιαίρετο της βασικής μονάδας συγγένειας είναι ουσιαστικά άμεση συνέπεια της καθολικής παρουσίας του αιμομικτικού ταμπού που αποτελεί τον κατεξοχήν κανόνα του δώρου (παραχώρηση της αδερφής ή της θυγατέρας σε γάμο) εφόσον οι κανόνες εξωγαμίας απαγορεύουν να παντρευτεί κανείς με μέλος της νόμιμης οικογένειάς του. Οι γυναίκες είναι στην πραγματικότητα “αγαθά” σπάνια και ταυτόχρονα ουσιαστικά για τη διαίωνιση της ανθρώπινης ομάδας (ό.π).

Για την G. Tillion, στις στοιχειώδεις δομές (πρωτογενείς), αντιπαρατίθενται οι ενδογαμικές δομές (δευτερογενείς). Στις δεύτερες, όπου συναντάμε στη λεκάνη της Μεσογείου, η ανάγκη ύπαρξης πολλών παιδιών προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλλιέργεια και η προστασία των μεγάλων γεωργικών εκτάσεων οδήγησε στην εφαρμογή της ενδογαμίας δίνοντας το σύνθημα για οικονομική και δημογραφική αύξηση το οποίο και συνεχίζει να επικρατεί στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες (ό.π).

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς⁴⁰ η οποία έχει ως πυρήνα και αφετηριακό σημείο την ένωση δύο ετερόφυλων προσώπων και με κύρια χαρακτηριστικά της ένωσης αυτής την επιδίωξη

⁴⁰ Κοινωνικό θεσμό εννοούμε «την επιδίωξη κοινωνικά σημαντικού σκοπού με κοινωνικά παραδεκτούς και παγιωμένους τρόπους ατομικής ή συλλογικής συμπεριφοράς και δράσης» (Δ. Τσαούσης, 1985, σελ. 122).

και την αποδοχή της δυνατότητας τεκνογονίας. Συνεπώς το γενετήσιο περιεχόμενο είναι ένα από τα βασικά γνωρίσματά της. Βέβαια κάθε ένωση ετερόφυλων με γενετήσιο περιεχόμενο δεν αποτελεί συστατικό στοιχείο μιας οικογένειας. Ο όρος γενετήσια ένωση -την οποία εισήγαγαν οι κοινωνιολόγοι Κινγκσλεϋ Ντέηβις και Τζούντιθ Μπλέηκ- είναι πιο γενικός και αναφέρεται σε κάθε είδους πρόσκαιρη ή μόνιμη ένωση ετερόφυλων με γενετήσιο περιεχόμενο, χωρίς να εξετάζεται αν η ένωση αυτή έχει ή δεν έχει κοινωνική αναγνώριση και καταξίωση (Δ. Τσαούσης, 1985).

Ο Τ. Πάρσον υποστηρίζει ότι η οικογένεια είναι υποσύστημα της κοινωνίας το οποίο στη δομή και στη λειτουργία της διατηρεί στοιχεία σταθερότητας όπως είναι αυτό της αναπαραγωγής και της φροντίδας των παιδιών. Η αναπαραγωγική λειτουργία και η λειτουργία της απόδοσης κοινωνικής ταυτότητας στα παιδιά είναι η πιο σημαντικές. Επιπρόσθετα, στο μικροκοινωνιολογικό πεδίο της προσωπικότητας, οι λειτουργίες που ασκεί η οικογένεια είναι η στοιχειώδης κοινωνικοποίηση των παιδιών και η σταθεροποίηση της προσωπικότητας των ενηλίκων μελών του πληθυσμού, λειτουργίες που είναι αλληλένδετες (Α. Μισέλ, 1991).

Η κοινωνικοποίηση, η μετάδοση δηλαδή των βασικών ιδεών, αξιών και νοημάτων της κοινωνίας στο παιδί, επιτελείται μέσω των γονεϊκών ρόλων του πατέρα και της μητέρας, οι οποίοι έχουν ταυτόχρονα ρόλους και σε άλλες κοινωνικές δομές. Η δεύτερη μικροκοινωνιολογική λειτουργία, επιτελείται από το γάμο καθώς ο ένας σύζυγος ενώνεται με τον άλλο ενώ εξασθενούν οι δεσμοί με τα μέλη της οικογένειας προσανατολισμού (γονείς, αδέρφια) (ό.π, σελ. 87).

Η εξειδίκευση των ανδρικών και των γυναικείων ρόλων αποσκοπεί να συντηρήσει το οικογενειακό υποσύστημα και να εξασφαλίσει μια βάση για την κοινωνικοποίηση του παιδιού. Ο πατέρας έχει τον εκτελεστικό ρόλο του συνδέσμου με την κοινωνία και κατ' αρχήν, με την άσκηση ενός επαγγέλματος που αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο για τον προσδιορισμό της θέσης της οικογένειας στο κοινωνικό σύνολο και προμηθευτή των υλικών αγαθών της οικογένειας. Η γυναίκα έχει τον εκφραστικό ρόλο μέσα στην οικογένεια ενώ το νοικοκυριό και τα παιδιά είναι οι κύριες δραστηριότητες του γυναικείου ρόλου (ό.π, σελ.92-93). Οι ρόλοι των δύο συντρόφων στο γάμο αποτελούν το αρχέτυπο επίτευξης των ρόλων των φύλων και η γονεϊκότητα αποτελεί ευθύνη του ζευγαριού και οδηγεί σε μια μεγαλύτερη ολοκλήρωση (ό.π, σελ. 155-156).

Η οικογένεια όμως, δεν είναι μια «φυσιολογική» ομάδα που προέκυψε από τους δεσμούς αίματος, αλλά ένα πεδίο ανθρωπίνων σχέσεων που διαμορφώθηκε από ένα καθεστώς που θεωρεί τις οικογένειες ομάδες με κοινή περιουσία, που έχουν προορισμό τη φροντίδα των παιδιών. Η οικογένεια είναι ένα «ιδεολογικό» το οποίο συνδέεται με το σύγχρονο κράτος πάρα ένα λειτουργικό σύνολο (J. Collier, M. Rosaldo, S. Yanagisako, 2000).

Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις που παρουσιάζονται τους τελευταίους αιώνες είναι η μετάβαση της οικογενειακής ζωής από το δημόσιο στο ιδιωτικό χώρο και σε αυτό συντελεί η ανάπτυξη της αστικής τάξης. Η σύγχρονη οικογένεια έχει χάσει την πολιτική και θρησκευτική καθώς και τη λειτουργία της κοινωνικοποίησης των παιδιών. Τις λειτουργίες αυτές τις αναλαμβάνουν άλλοι πιο εξειδικευμένοι πολιτικοί και προνοιακοί θεσμοί του σύγχρονου κράτους. Οι κυριότερες λειτουργίες στρέφονται πλέον γύρω από την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των προσώπων που την αποτελούν (Τ. Τσαούσης, 1985).

Η θεσμική διαφοροποίηση -όρος του T.Parson- το διαμοίρασμα των λειτουργιών της οικογένειας είχε σαν αποτέλεσμα οι νέες λειτουργίες να επικεντρωθούν κυρίως στα άτομα της οικογένειας, στα δικαιώματα και τις δυνατότητές τους για εκπλήρωση. Ο γάμος δεν είναι πλέον απαραίτητος για οικονομική παραγωγή εφόσον η οικονομία δρα ανεξάρτητα των συγγενικών δομών ούτε και για την κοινωνικοποίηση των παιδιών εφόσον αντικαταστάθηκε από τους εκπαιδευτικούς θεσμούς αλλά έγινε το “θέατρο” εξαιρετικά πολύπλοκων και συναισθηματικά απαιτητικών σχέσεων μεταξύ των συζύγων (B. Berger & P. Berger, 2000).

Ο P. Hofstatter (1978, σελ 280) θεωρεί την οικογένεια ως «μια κοινωνική ομάδα, που οφείλει την καταγωγή της στο ότι ικανοποιεί ταυτόχρονα ένα αριθμό ανεξάρτητων ορμών...Αυτή η τάση για οικογένεια αρχίζει να παρουσιάζεται κατά τη γνώμη μας στους ενστικτώδεις τρόπους συμπεριφοράς, που αφορούν τη σεξουαλική ζωή, τη διαδικασία αναπαραγωγής και τη φροντίδα των νεογνών». Παράλληλα υποστηρίζει ότι η συνέχιση της σύγχρονης οικογένειας εξασφαλίζεται με εξωτερική πίεση από την εκκλησία, το κράτος και την κοινή γνώμη και βέβαια την ύπαρξη παιδιών, η απουσία των οποίων κάνει ανίσχυρη την εξωτερική πίεση στα πλαίσια της σύγχρονης ηθικής του ατομισμού (σελ. 288).

Ο W. Sayres (2000), παρουσιάζοντας τα αντιφατικά σχόλια του συγγραφέα Hope Jensen Leichter, δηλαδή ότι η οικογένεια είναι τα πάντα και τίποτα,

υποστηρίζει ότι τονίζουν τα δύο εξέχοντα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Πρώτον ότι η οικογένεια είναι η παλαιότερη και βασικότερη κοινωνική μονάδα και ότι έχει αποκτήσει τόσες πολλές μορφές στο χρόνο ώστε ο όρος «οικογένεια» χρειάζεται διευκρίνιση που να είναι αποδεκτή από όλες αυτές τις ομάδες που αυτοαποκαλούνται οικογένειες.

Οι δύο μορφές που έχουν επικρατήσει περισσότερο στην Ανατολή και στη Δύση είναι η πυρηνική και η διευρυμένη. Η πυρηνική αποτελείται από τους γονείς και τα παιδιά τους και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο συζυγικό δεσμό μεταξύ του άντρα και της γυναίκας. Η διευρυμένη⁴¹ αποτελείται από γονείς παιδιά και άλλους ενήλικες συγγενείς (παππούδες, γιαγιάδες, κλπ), στην οποία τονίζονται οι δεσμοί αίματος και η συνέχεια που υπάρχει μεταξύ των γενεών λόγω των συστημάτων υποστήριξης και της δυνατότητας συνέχειας. Στη μορφή αυτή της οικογένειας όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ο ρόλος και των δύο γονέων για την αποτελεσματικότητα της οικογένειας (ό.π).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η οικογένεια δεν είναι φυσικός νόμος αλλά ένας τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι οργανώνουν τον ιδιωτικό τους βίο. Το σχήμα της οικογένειας επηρεάζεται από κοινωνικές δυνάμεις αλλά ταυτόχρονα κατευθύνεται και η συμπεριφορά μας. Η αναπαραγωγική λειτουργία της οικογένειας αποτελεί τον κεντρικό άξονα της κοινωνικής υπόστασης της οικογένειας αλλά δεν υπόκεινται σε οικουμενικούς και καθολικούς κανόνες. Ο κοινωνικός προσδιορισμός των ρόλων των δύο φύλων στην αναπαραγωγική διαδικασία είναι ανάλογος με αυτό που η εκάστοτε κοινωνία κάθε φορά εκφράζει ως προσδοκία από τα μέλη της.

⁴¹ Αναφέρονται επίσης και άλλοι τύποι οικογενειών όπως οι μονογονεϊκές, οι οικογένειες από δεύτερο γάμο, οι ανάδοχες και θετές οικογένειες καθώς και οι κοινοβιακές και ομαδικές οικογένειες. Η Λ. Μουτσόρου (1993) παρουσιάζει τον όρο «κύκλους οικογενειακής ζωής» οι οποίοι προσδιορίζονται με κριτήριο το συνδυασμό της συζυγικής και της γονεϊκής σχέσης (οι δύο σχέσεις οι οποίες θεμελιώνουν την οικογένεια), η ταξινόμηση των οποίων συνοψίζει τα σχήματα οργάνωσης του ιδιωτικού βίου με βάση τη μορφή τους.

Γ.2.2 Ο ΓΑΜΟΣ

Ο γάμος σύμφωνα με τον Δ. Τσαούση (1984) είναι ένα κοινωνικός θεσμός ο οποίος

«συνίσταται από την κοινωνικά αναγνωρισμένη ένωση δύο ετερόφυλων προσώπων που χαρακτηρίζεται από την α) αμοιβαία πρόθεση μακρόχρονης διατήρησής της β) την κατά κανόνα συνοίκηση των δύο συζύγων γ) τη ρύθμιση των γενετήσιων σχέσεων των δύο συζύγων και των άλλων προσώπων μέσα και έξω από την οικογένεια δ) την αμοιβαία πρόθεση αναπαραγωγής ε) την οικονομική συνεργασία των συζύγων και στ) την από κοινού ανάληψη υποχρεώσεων διατροφής, ανατροφής και αποκατάστασης των κοινών τέκνων σύμφωνα με τους κοινωνικούς κανόνες που υπάρχουν».

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η οικογένεια δημιουργείται με το γάμο και διαλύεται με τη λύση του ενώ στο παρελθόν, η οικογένεια προϋπήρχε του γάμου και συνέχιζε να υπάρχει και μετά τη λύση του (Α. Μισέλ, 1991). Με το γάμο εξασφαλίζεται η νομιμότητα των παιδιών αλλά ο γάμος δεν προηγείται πάντα της απόκτησης των παιδιών γιατί υπάρχουν κοινωνίες όπου η κύηση προηγείται του γάμου αλλά και γιατί στις σύγχρονες αστεακές-βιομηχανικές κοινωνίες υπάρχει ένα ποσοστό εξώγαμων κυήσεων όπως επίσης και ένα ποσοστό γεννήσεων μετά το γάμο που όμως είχαν συλληφθεί πριν αυτόν (Λ. Μουσούρου, 1993).

Υποστηρίζεται ότι στη σύγχρονη κοινωνία και σε γενικές γραμμές τα κοινωνικά σχήματα δεν αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και το άτομο έχει τη δυνατότητα επιλογής που ανταποκρίνεται στην προσωπική του κατάσταση και επιθυμίες. Με την αλλαγή των συνθηκών, οι ατομικές επιλογές αλλάζουν και η σύγχρονη κοινωνία επιτρέπει τις αλλαγές αυτές (Λ. Μουσούρου, 1993).

Στην ελληνική περίπτωση, πρακτική συγγένεια⁴² είναι κυρίως η οικιακή συγγένεια: χρειάζεται τις ενσωματικές ιδιότητες του γάμου και της οικιακότητας για να αποτελέσει θεμέλιο της οργανωμένης ζωής. Από τη σκοπιά του γάμου, η συγγένεια είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της κοινωνικότητας: κοινωνία ίσον συγγένεια. Πρόκειται για μια αρχή η οποία διασφαλίζει την ολοκλήρωση του κοινωνικού και πολιτισμικού συστήματος. Η οικιακότητα είναι ημιτελής όταν παρουσιάζεται μόνο ο συζυγικός δεσμός και δεν παραγάγει συγγένεια. Ο οικιακός χώρος, είναι ο χώρος

⁴² Σύμφωνα με τον Δ. Τσαούση (1985) συγγένεια είναι ο «κοινωνικός δεσμός που συνδέει τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους και τα μέλη των οικογενειών που έχουν κοινή καταγωγή ή ενώνονται με κάποιο γάμο» (σελ. 444). Η αιματοσυγγένεια είναι η κυριότερη μορφή διότι από αυτήν ξεκινούν ή αναπληρώνουν τα άλλα είδη συγγένειας, την πλασματική συγγένεια και τη ψευδοσυγγένεια. Η συγγένεια εξ αίματος δεν είναι βιολογικός δεσμός αλλά κοινωνικός που έχει ως στοιχείο θεμελίωσής του την κοινωνική αναγνώριση μιας βιολογικής σχέσης.

στον οποίο συντελείται η συγγένεια, δηλαδή διασφαλίζεται η βιολογική αναπαραγωγή (Ε. Παπαταξιάρχης, 1992).

Ο γάμος, αποτελεί και μια τελετουργία «με την οποία συνίσταται και αναγνωρίζεται δημόσια μια νόμιμη, μόνιμη και τυπική γενετήσια ένωση που θα οδηγήσει στη δημιουργία της οικογένειας» (Δ. Τσαούσης, 1984). Ο χαρακτήρας της τελετής μπορεί να είναι θρησκευτικός ή πολιτικός αλλά κρίνεται σκόπιμο να δοθεί έμφαση στον πρώτο εξαιτίας των εθιμικών κανόνων που περιλαμβάνει.

Η εκκλησία χρειάστηκε αρκετό χρόνο μέχρι να καταφέρει να ασκήσει εξουσία πάνω στο γάμο. Το εκκλησιαστικό τελετουργικό μπόρεσε να επικρατήσει πλήρως μόλις το δέκατο ένατο αιώνα. Έτσι παρότι θεωρούμε πως η εκκλησιαστική τελετή του γάμου είναι παραδοσιακή, εν τούτοις είναι σχετικά πρόσφατη (J. Gillis, 2000).

Ο Μακαριστός Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος έχει αναφέρει χαρακτηριστικά ένα απόσπασμα της Ρόζας Ιμβριώτη όσο αφορά το θετικό ρόλο που έπαιξε η Εκκλησία επί Βυζαντίου στη γερή θεμελίωση του θεσμού του Γάμου

“Η εκκλησία ευλογεί το γάμο και τον κάνει θεσμό. Και η ιερότητα αυτή που εξυψώνει το θεσμό του γάμου πάνω από τη συνηθισμένη έννοια και αντίληψη που έχει ο πολιτικός νόμος, φαίνεται από το ίδιο το κείμενο της Αγίας Γραφής, που διαβάζεται κατά την τέλεση του Μυστηρίου του Γάμου και στον οποίο ο Απόστολος Παύλος θέλει τον άντρα να αγαπά τη γυναίκα του σαν τον εαυτό του και η γυναίκα να είναι σύντροφος του ανδρός, παρηγοριά στη δυστυχία του, θεμέλιο της ευτυχίας του, κοινωνός στη χαρά και στη λύπη του, να συμπάσχει στη φτώχεια του και να αγωνίζεται μαζί του στις συμφορές και στις φουρτούνες”⁴³

(<http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/gamos.html>).

Οι απόψεις για την οικογένεια και την απόκτηση παιδιού έχουν επηρεαστεί σημαντικά από τις θέσεις της επίσημης θρησκείας οι οποίες παρέχουν καθαρή απόδειξη της κοινωνικής αξίας της τεκνοποίησης. Η προσπάθεια στο γονεϊκό ρόλο έχει αποδοθεί στην Ιουδαϊκή-Χριστιανική παράδοση η οποία βλέπει τα παιδιά ως ευλογία (Miall, 1986). Η τεκνοποίηση αντιμετωπίζεται ως ολιστική εμπειρία και η οποία είναι το αποτέλεσμα της σχέσης αγάπης μεταξύ του άντρα και της γυναίκας. Στην πραγματικότητα, όπως υποστηρίζει ο Mahoney (1992), η κοινή φράση «κάνω έρωτα» ενέχει τη μεταφυσική διάσταση της προ-γενετήσιας συμπεριφοράς η οποία σχετίζεται με τη δημιουργία μιας καινούριας ζωής ως αποτέλεσμα του αμοιβαίου δοσίματος εαυτού του ενός στον άλλο στην αγάπη μεταξύ άντρα και γυναίκας.

Η ενότητα των συζύγων δημιουργεί μια κοινωνία ανθρώπων, τη μικρότερη σε έκταση και τη μεγαλύτερη σε δύναμη, δηλαδή την οικογένεια. Η Ορθόδοξη Εκκλησία

⁴³ Ρόζα Ιμβριώτη (2002), *Η Γυναίκα στο Βυζάντιο*, εκδόσεις Περίπλους, σελ. 13-15.

με το γάμο βοηθά στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας. Το ιδιαίτερο όμως χαρακτηριστικό της μέσα στο γάμο «κοινωνικότητας» είναι η, μαζί με τη γενική κοινωνικότητα, συνύπαρξη και της γενετήσιας (σεξουαλικής) σχέσης μεταξύ των συζύγων. Και ο αληθινός έρωτας ωθείται προς την ηθική πρόοδο και πνευματική άνοδο γιαυτό και ο ελληνικός λαός τραγουδάει το παροιμιώδες δίστιχο:

«Όμορφο πούναι τόμορφο πέντε φορές και δέκα
και από όλα τομορφότερο άντρας με τη γυναίκα»

Με το Μυστήριο του Γάμου δεν ευλογείται ειδικά η σεξουαλική σχέση των συζύγων αλλά ολόκληρος ο βίος, που βέβαια ένα σημείο των συζυγικών σχέσεων είναι η ικανοποίηση της γενετήσιας ορμής τους. Σύμφωνα με την άποψη του Ν. Μπουγάτσου (1989), η έκφραση του Ιγνατίου Αντιόχειας σε ένα ζευγάρι χριστιανών *«ο οίκος τους εύχομαι ηδράσθαι (να βασιστεί πάνω σε) πίστη και αγάπη σαρκική τε και πνευματική»* αποτελεί και το γενικό διάγραμμα των σχέσεων των χριστιανών συζύγων.

Η μητρότητα είναι μια άλλη φυσική ορμή που ικανοποιείται με το γάμο και προϋποθέτει την τεκνογονία. Όταν συνδέεται με την αρετή -που εκδηλώνεται με την ανατροφή και τη διαπαιδαγώγηση των τέκνων- έχει ηθική σημασία γιατί η διαπαιδαγώγηση ιδίως είναι εντολή του Θεού προς τους γονείς. Η συναίσθηση αυτή των γονέων για τη ευθύνη της ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των τέκνων τους οδηγεί στην πνευματική τελειότητα τόσο τα τέκνα όσο και τους ίδιους τους γονείς (Ν. Μπουγάτσος, 1989).

Ο Απόστολος Παύλος -όπως έχει παρουσιάζει ο Μακαριστός Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος- παραλληλίζει το Μυστήριο του Γάμου με τη σχέση Ιησού Χριστού με την Εκκλησία διδάσκοντας ότι :

α) ότι η αγάπη των συζύγων πέραν του σαρκικού-ερωτικού στοιχείου έχει ιερό, μυστηριακό και πνευματικό χαρακτήρα, αφού αποτελεί ένωση των δύο εικόνων του Θεού σε σάρκα μια, σε «ανδρόγυνο». Επίσης, έχει χαρακτήρα όχι μόνο συναισθηματικό, αλλά κυρίως θυσιαστικό, όχι κτητικό αλλά διακονίας, όχι εγωιστικό αλλά προσφοράς και ασκήσεως στην ταπείνωση β) ως μυστήριο ο γάμος έχει αιώνιο και όχι προσωρινό χαρακτήρα, δεν είναι ένα συμβόλαιο που μπορεί κανείς να αθετήσει, δεν είναι μια συμφωνία που ισχύει όσο θέλουν τα συμβαλλόμενα μέρη, δεν είναι ακόμη μια απλή συγκατοίκηση και συντροφιά και γ) πρώτιστος σκοπός του γάμου είναι κατά τον Άγιο Ιωάννη τον Χρυσόστομο η ηθική και πνευματική παραγωγή και τελείωση των συζύγων και τελικώς η σωτηρία και των δύο. Ο γάμος είναι ένα επισφαλές λιμάνι, που βοηθά να ξεπεράσει ο άνθρωπος τις αδυναμίες του να αναδείξει τα συναισθήματα της προσφοράς και αυτοθυσίας και να αντιμετωπίσει τις πολλές δυσκολίες και τους πειρασμούς της ζωής" (<http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/keso-family-sep2002.html>).

Ο Ορθόδοξος, προβάλλει ένα άλλο πνεύμα και ένα άλλο ήθος, που στηρίζουν

τον άνθρωπο και κρατούν ζωντανή την κοινότητα, που έχει τεράστια κοινωνική σημασία. Πρόκειται κατ'αρχήν για την ευχαριστιακή κοινότητα, με τις αναγκαίες προεκτάσεις της στα πρόσωπα, στις μεταξύ τους σχέσεις και βεβαίως στην οικογένεια. Ο άνθρωπος δεν καλείται να εφαρμόσει κανόνες, αλλά καλείται να βιώσει το θαύμα της ζωής όπως είναι η οικογένεια (ό.π).

Στην Παλαιά Διαθήκη, στα πρώτα τρία κεφάλαια της Γενέσεως η βασική ιδέα είναι ότι ο Θεός δημιούργησε τον άνθρωπο, ο οποίος ήταν ανδρόγυνος και στη συνέχεια σε μια δημιουργική πράξη διέκρινε τα δύο βασικά φύλα: τον άνδρα και τη γυναίκα. Στα κεφάλαια αυτά γίνεται λόγος για το γάμο του οποίου στόχος είναι να κατακυριεύσουν τη Γη, να πληθύνουν και να κυριαρχήσουν πολιτιστικώς, να εργαστούν για να αναπτύξουν ένα ανώτερο βίο στο πνεύμα του θελήματος του Θεού (Ι. Κορναράκης, 1995).

Μετά την πτώση του Ανθρώπου, αρχίζει και διαταράσσεται η σχέση μεταξύ των δύο φύλων και η Εύα θα ταλαιπωρηθεί πολύ στη ζωή της και θα κάνει παιδιά με πολύ κόπο και με πολλή λύπη και η αποστροφή της, ενώ η αφοσίωσή της, η υποταγή της-σαν προϊόν της αμαρτίας και της πτώσεως-θα είναι προς τον άντρα της. Στο Ισραήλ, από αρχαιοτάτων χρόνων και μετά την εποχή του χριστού, περισσότερο αδικημένη ήταν η γυναίκα η οποία αποτελούσε το σεξουαλικό αντικείμενο του άντρα. Η τεκνογονία, σύμφωνα με τις παραδόσεις ήταν μια αξία και η γυναίκα η οποία δεν τεκνοποιεί φέρει το όνειδος, την ντροπή της ατεκνίας (ό.π).

Στην Καινή Διαθήκη, οι ενότητες άντρας-γυναίκα, Χριστός Εκκλησία περιέχει η μια την άλλη. Με αυτόν τον τρόπο, γίνεται μέγα μυστήριο το οποίο χαρακτηρίζεται από την ορθόδοξη παράδοση ως «μυστήριο αγάπης». Η Εκκλησία δέχεται τον έρωτα, την αγάπη του ενός φύλου προς το άλλο και τη θεωρεί ως θεμελιώδες συστατικό του γάμου. Και όπως στο σύμβολο της Πίστεως ορίζεται η μία, αγία, καθολική και αποστολική εκκλησίαν, έτσι και ο γάμος ως εκκλησία μικρά έχει τέσσερις βασικούς στόχους, την ενότητα, την αγιότητα, την καθολικότητα και την αποστολικότητα. Οι δύο τελευταίοι, δηλώνουν το άνοιγμα του ζευγαριού στον κόσμο και σε αυτό συμβάλλει η δημιουργία των παιδιών (Α. Σταυρόπουλος, 1995).

Όπως υποστηρίζει και ο Χρυσόστομος, η αγάπη αποτελεί απαραίτητο στοιχείο του γάμου. Ο τελευταίος είναι γεγονός αλληλοσυμπλήρωσης του ζεύγους ο οποίος ολοκληρώνεται στα παιδιά (Η. Βουλγαράκης, 1995).

Από μια άλλη πλευρά, η εξέταση των απόψεων της Ορθόδοξης Εκκλησίας για το κοινωνικό φύλο και τη σεξουαλικότητα είναι σημαντική αφετηρία για τις

συζητήσεις σχετικά με το κοινωνικό φύλο και τη θρησκεία στην Ελλάδα. Παρατηρείται μια μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στη θρησκεία και η κυριαρχία της Παναγίας στη λατρεία οφείλεται στη θεώρηση της ως το καταλληλότερο πρότυπο προς μίμηση με την έμφαση που δίνει στην αγνότητα και τη μητρότητα, χαρακτηριστικά γνωρίσματα του κοινωνικού τους ρόλου (J. Dubbish, 1992).

Η J Dubish η οποία εφαρμόζει τη σύγχρονη φεμινιστική προβληματική στην ελληνική εθνογραφία, κινείται προς την κατεύθυνση ότι η θρησκεία αποτελεί ένα δημόσιο εξω-οικιακό χώρο για τις γυναίκες, πεδίο στο οποίο ολοκληρώνεται η οικιακή δύναμη των γυναικών. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται μια αμφισημία των παραστάσεων της θηλυκότητας εφόσον καταγράφονται και οι δύο πόλοι, φύση-πολιτισμός (οι γυναίκες συσχετίζονται τόσο με την Εύα όσο και με την Παναγία) καθώς και οικιακό-δημόσιο (η εκτέλεση θρησκευτικών δραστηριοτήτων από γυναίκες οι οποίες δρουν στην αντροκρατούμενη περιοχή της εκκλησίας) οι οποίοι αποτελούν σημεία της θεωρίας των οικουμενικών μοτίβων (Ε. Παπαταξιάρχης, 1992).

Η τελευταία σχετίζεται με τον αναπαραγωγικό ντετερμινισμό, δηλαδή ότι οι αναπαραγωγικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος ασκούν μια καθοριστική επίδραση τόσο στη συμβολική αναπαράσταση της θηλυκότητας όσο και στο περιεχόμενο της σχέσης αντρών και γυναικών. Η «ιχνηλάτηση μιας καθολικής και αδιαίρετης γυναικείας ουσίας» (ό.π., σελ. 61) καθώς επίσης και η αντίληψη ότι οι γυναίκες μπορούν να εξισωθούν συμβολικά με πράγματα και καταστάσεις δεν οδηγούν στη μελέτη της δράσης των γυναικών ως δρώντων υποκειμένων και των πολιτισμικών σημασιών αυτής.

Αν η θρησκεία σταθεροποιεί τη ζωή των ανθρώπων, δεν είναι ως σύνολο δοξασιών αλλά ως εσωτερική ένταξη και συμμετοχή σε μια συλλογικότητα. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους ανθρώπους στο να νιώθουν τις ανώτερες δυνάμεις ότι τους υποστηρίζουν και να μπορεί να κατανικήσει τις δυσκολίες της ζωής. Το γεγονός ότι σήμερα παρουσιάζονται λιγότερο θρησκευόμενοι και άπιστοι δεν οφείλεται στην μοντέρνα επιστήμη και πολιτισμό αλλά στο γεγονός ότι ο τελευταίος έχει απομονώσει τα άτομα τα οποία είναι μοναχικά και ατομιστές (S. Moscovici, 2002).

Σύμφωνα με τον E. Durkheim, οι κοινωνίες προσωποποιούνται στους θεούς τους. Η θρησκεία έχει ως έργο να κάνει τα μέλη μιας κοινωνίας να κοινωνούν και να επικοινωνούν και να ανανεώνουν το συναίσθημα ότι ανήκουν στην κοινωνία. Η κοινότητα, με άλλα λόγια φαίνεται απόμακρη όσο τα άτομα μένουν σκόρπια και

χωρίς κάποιο ζωνρό πάθος και λίγο υπεισέρχεται στους συλλογισμούς τους και στις πράξεις τους (ό.π).

Συνεπώς, ο καθορισμός του θρησκευτικού συναισθήματος μπορεί να αποτελέσει τη βάση με την οποία οι γυναίκες αναπαριστούν την εμπειρία της υπογονιμότητας. Όσο υπάρχει το θρησκευτικό συναίσθημα τόσο η κοινότητα είναι παρούσα και έντονη ενώ όσο απουσιάζει το άτομο επηρεάζεται από τη μοντέρνα επιστήμη και ότι αυτή πρεσβεύει.

Συμπερασματικά, ο δημόσιος και θρησκευτικός χαρακτήρας του γάμου (υπάρχει και ο νομικός ο οποίος δεν μας απασχόλησε σε αυτό το σημείο) έχει επηρεάσει τις απόψεις για την οικογένεια και την τεκνοποίηση, εφόσον αποτελεί σημείο ανοίγματος προς τον κόσμο αλλά και απόδειξη αλληλοσυμπλήρωσης του ζεύγους. Στην Ελλάδα, η κυριαρχία της Παναγίας ως πρότυπο μίμησης λόγω της αγνότητας και της μητρότητας είναι ισχυρή. Εν τούτοις, η παρουσία ή μη του θρησκευτικού συναισθήματος στις γυναίκες, ως δρώντα υποκείμενα στο κοινωνικό χώρο, λαμβάνει ως δεδομένο το γεγονός ότι η γυναικεία φύση δεν είναι καθολική και αδιαίρετη και προσδιορίζει τη δράση των ατόμων εφόσον οι κοινωνικές αναπαραστάσεις εμπεριέχουν τους ιδιαίτερους σκοπούς της δράσης αυτής.

Γ.3 ΚΟΙΝΩΝΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η υπογονιμότητα στη βιβλιογραφία χαρακτηρίζεται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με την προσέγγιση των μελετητών. Ο A. Greil (1991) υποστηρίζει ότι η υπογονιμότητα δεν αποτελεί χρόνια ασθένεια αλλά μοιάζει με αυτή, κάνοντας αναφορά στον A. Stauss et al (1984, pp. 11-17) ο οποίος διαχωρίζει τη χρόνια ασθένεια από άλλες ασθένειες στη βάση της μακρόχρονης φύσης, στην έκταση που η ασθένεια και η θεραπεία γίνεται το κεντρικό σημείο ενδιαφέροντος και την αβεβαιότητα της θεραπευτικής τροχιάς. Και αυτό διότι παρότι υπάρχουν ιατρογενείς αιτίες υπογονιμότητας, εν τούτοις δεν εντάσσονται όλες οι αιτίες της υπογονιμότητας σε αυτήν την κατηγορία.

Η αναλογία της υπογονιμότητας με τη χρόνια ασθένεια βασίζεται στην αβεβαιότητα της κατάστασης, της μακρόχρονης διαδικασίας αλλά και της εμπλοκής της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Συνεπώς, η ιατροκοποίηση της υπογονιμότητας και η αβεβαιότητα των ιατρικών παρεμβάσεων τεκμηριώνει, κατά κάποιο τρόπο, την αναλογία της υπογονιμότητας με αυτή της χρόνιας ασθένειας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στο παρελθόν.

Η M. Sandelowski (1988) αναφέρει ότι δεν υπάρχει συναίνεση ότι η υπογονιμότητα είναι αρρώστια και παραθέτει τα χαρακτηριστικά που απέδωσε ο Kass (1971)⁴⁴ ως ανεκπλήρωτη επιθυμία και ο Van Hall (1983)⁴⁵ την οποία περιγράφει ως κοινωνική αποτυχία επίτευξης.

Η ιδιομορφία λοιπόν της υπογονιμότητας προσδιορίζεται από το γεγονός ότι δεν αποτελεί αναγκαστικά αρρώστια για δύο λόγους. Ο πρώτος εστιάζεται στο ότι η ανικανότητα αναπαραγωγής δεν περιορίζει την καθημερινή λειτουργικότητα του υπογόνιμου ατόμου ούτε απειλεί τη ζωή του και ο δεύτερος εστιάζεται στο ότι οι λόγοι της υπογονιμότητας δεν είναι πάντα ιατρογενείς.

Από μια άλλη άποψη, το γεγονός ότι είναι «αόρατη» η κατάσταση της υπογονιμότητας ο Miall (1985;1986) δίνει έμφαση στη σημασία της αυτο-ετικετοποίησης (self-labeling). Το «μυστικό στίγμα» που προκύπτει από την κατηγοριοποίηση της υπογονιμότητας ως κάτι αρνητικό, εφόσον αντιπροσωπεύει

⁴⁴ L.R. Kass (1971) Babies by means of in Vitro Fertilization: Unethical Experiments on the Unborn? *New England Journal of Medicine*, 285,1174-1179.

⁴⁵ Van Hall E. V. (1983) *The Infertile Couple and Gynaecologist: Psychosocial and Emotional Aspects*, in R. F. Harrison, J. Bonnar & W. Thompson (eds) *Fertility and Sterility: Processings of the Xith Congress on Fertility and Sterility* (pp. 359-368). Lancaster: MTP Press.

κάποιο είδος αποτυχίας, αυτό επηρεάζει την κοινωνική ταυτότητα και τη συμπεριφορά των ατόμων.

Η βιβλιογραφία πάνω στην υπογονιμότητα κάνει διάκριση μεταξύ της ηθελημένης και αθέλητης ατεκνίας ανεξάρτητα από τη φυσική ικανότητα των ατόμων. Σύμφωνα με την J. Veervers (1979), δύο διαφορετικά στοιχεία αναμειγνύονται στη διάκριση αυτή «η φυσική ικανότητα να αναπαράγει και η ψυχική επιθυμία γιαυτό» (σελ.3).

Από την κοινωνικο- ψυχολογική πλευρά, το θεμελιώδες στοιχείο ορισμού των ατόμων ως αθέλητα άτοκνα δεν είναι η βιολογική τους κατάσταση ως γόνιμα ή μη αλλά η ψυχολογική προτίμηση να αναπαράγει και η ανικανότητα να παρουσιάσει καταστάσεις προς αυτή την κατεύθυνση (C. Miall, 1986).

Η ευρύτερη κοινότητα αναμειγνύεται στην εμπειρία της υπογονιμότητας με τους δύο τρόπους. Ο ένας έχει να κάνει με την πίεση η οποία ασκείται στα ζευγάρια να ακολουθήσουν την ιδεατή μορφή της οικογενειακής ζωής και ο άλλος με τον αντίκτυπο στην κοινωνία της ανάμειξης διαφόρων μερών στην αναπαραγωγική διαδικασία όπως είναι η ιατρική (R. Edelman & D. Fielding, 1998)⁴⁶.

Η υπογονιμότητα δε θέτει σε ερώτημα μόνο τη βιολογική λειτουργία της οικογένειας η οποία σχετίζεται με την τεκνοποίηση αλλά με άμεσο τρόπο προκαλεί την κοινωνική λειτουργία του γάμου παρέχοντας έλεγχο στον ιδιωτικό κόσμο. Η ανικανότητα σύλληψης είναι μια κατάσταση στην οποία το ζευγάρι χάνει την πλήρη αίσθηση του ελέγχου (R Matthews & A.M. Matthews, 1986).

Τόσο η ηθελημένη όσο και η αθέλητη ατεκνία θεωρούνται αποκλίνουσες συμπεριφορές διότι έρχονται σε αντίθεση με του νόμους και τους κανόνες της κοινωνίας. Παρότι όμως συμμορφώνονται τα υπογόνιμα άτομα στις νόρμες κινήτρων επιθυμώντας ένα παιδί, κινούνται σε αντίθεση με τις νόρμες συμπεριφοράς μη έχοντας αυτό. Πρόκειται για πολιτιστικά αποκλίνοντες κατά την J. Veever (M. Sandelowski, 1988).

Ο αρνητικός αντίκτυπος της μη ηθελημένης ατεκνίας σχετίζεται με τις προ-γέννησης (pro-natalist) απόψεις του γάμου που έχουν διεισδύσει στις δυτικές κοινωνίες. Ο όρος αυτός –pronatalism- έχει συνδεθεί με την έκδοση των Peck and Senderowitz's **Pronatalism: the Myth of Mom and Apple Pie** στο οποίο δίνουν τον παρακάτω ορισμό:

⁴⁶ Για το θέμα της ανάμειξης της ιατρικής μπορεί κάποιος να ανατρέξει στο προηγούμενο κεφάλαιο όπου παρουσιάζεται ο ευγονισμός.

«Απλά και κυριολεκτικά ο προγεννητισμός (pronatalism) αναφέρεται σε κάθε στάση ή πολιτική η οποία είναι «προ-γέννησης», και η οποία ενθαρρύνει την αναπαραγωγή και εξυψώνει το γονεϊκό ρόλο»

(E.Peck & J.Senderowitz, 1974:2)

Επίσης, η J. Veever (1980) σημειώνει ότι η κοινωνική αποδοχή των κανόνων του να επιθυμείς και να έχεις παιδιά φαίνεται να είναι παγκόσμιο ανεξάρτητα του φύλου, ηλικίας, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, και κοινωνικής τάξης διαχωρισμό και υποστηρίζει ότι η μητρότητα-συνώνυμο της θηλυκότητας- ενισχύεται από κοινωνικούς και πολιτιστικούς θεσμούς όπως παρουσιάζεται στις παρακάτω πεποιθήσεις:

- Τα παιδιά δυναμώνουν το γάμο και αποτελούν μια απαραίτητη έκφραση της συζυγικής αγάπης
- Τα παιδιά είναι σημαντικά για τη φυσική και διανοητική καλή κατάσταση των αντρών και των γυναικών, ειδικότερα των γυναικών
- Ο γονεϊκός ρόλος είναι έμφυτα προσδιορισμένη ανάγκη
- Τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική και γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα και ικανότητα

Οι L.W. Hoffman & M.L. Hoffman (1973) υποστηρίζουν ότι ο γονεϊκός ρόλος αναπαριστά

- Επίτευξη του ενήλικου status και κοινωνική ταυτότητα
- Επέκταση του εαυτού σε μεγαλύτερη οντότητα και η επίτευξη της αθανασίας
- Ηθικοί λόγοι: η ευκαιρία για αυτό-θύσια και του είναι κάποιος μη-εγωιστής
- Συναισθηματική σταθερότητα της οικογένειας
- Παρακίνηση και διασκέδαση προερχόμενα από τα παιδιά
- Ευκαιρίες για δημιουργικότητα, εκπλήρωση και ικανότητα
- Ευκαιρία για δύναμη και επιρροή στα παιδιά
- Κοινωνική σύγκριση και άμιλλα σε αυτά ως διακριτά σημάδια γοήτρου και ισχύος.

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς η αθέλητη ατεκνία είναι συνώνυμη της υπογονιμότητας εφόσον μη ηθελημένα βρίσκονται στη θέση αυτή να μην παρέχουν στην κοινωνία τεκμήρια ότι επιθυμούν την απόκτηση παιδιών. Στο σημείο όπου το ζευγάρι θεωρείται ότι εκπληρώνει το σκοπό του γάμου, η υπογονιμότητα θέτει ερωτήματα για το σκοπό του γάμου τους και της ύπαρξής τους. Συνεπώς, η κοινωνική σημασία της υπογονιμότητας διαφαίνεται από την πρόσληψη των υπογόνιμων ατόμων για την αδυναμία τους να ανταποκριθούν στα κοινωνικά δεδομένα.

Η αντίληψή μας για τον κοινωνικό δομισμό είναι ευρεία και προσδιορίζεται από την υποστήριξη ότι «τα αντικείμενα δε δίνονται από τον κόσμο αλλά δομούνται, διαπραγματεύονται, διαμορφώνονται και ακολουθούνται από τα ανθρώπινα υποκείμενα στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ένα σταθερό κόσμο γεγονότων και δράσεων» (Best, 1989).

Η ισχυρή ιεραρχία αξιών μέσα στην κοινωνία και στις διάφορες ομάδες συνεισφέρει στη δημιουργία γύρω από το αντικείμενο και την αναπαράστασή του ένα δίκτυο σημασιών μέσω του οποίου τοποθετούνται κοινωνικά και αξιολογούνται ως κοινωνικό γεγονός. Συνεπώς η διερεύνηση της κοινωνικής σημασίας των αξιών για την οικογένεια και την απόκτηση παιδιού, οι οποίες συνδέονται άρρηκτα με τη συσχέτιση της γονιμότητας του ζευγαριού και την ένταξή του στους κόλπους της κοινωνίας κρίνεται αναγκαία.

Η προσπάθεια για το γονεϊκό ρόλο στις δυτικές κοινωνίες αποδίδεται στην παράδοση που αναφέραμε η οποία αντιμετωπίζει τα παιδιά ως ευλογία από τον ουρανό και τη στειρότητα ως τιμωρία ή κατάρα (E. Miall, 1986). Στην προσπάθειά τους τα υπογόνιμα ζευγάρια να δώσουν νόημα στη νέα πραγματικότητα, πολλά ζευγάρια πιστεύουν ότι είναι «κατάρα» ή τιμωρία από το Θεό για τις προηγούμενες σεξουαλικές δραστηριότητες⁴⁷.

Όλες οι κοινωνίες επιτρέπουν την υιοθέτηση λύσεων της στειρότητας οι οποίες μπορεί να είναι κοινωνικές (διαζύγιο, υιοθεσία), πνευματικές (προσευχή, προσκύνημα σε πνευματικούς χώρους) ή ιατρικές παρεμβάσεις (παροχή βοτάνων ή επίσκεψη σε πρακτικό γιατρό). Οι πρώτες αποτελούσαν και συνεχίζουν να αποτελούν και την έσχατη εναλλακτική λύση του άτεκνου ζευγαριού ελπίζοντας και πιστεύοντας ότι η ατεκνία θα αποδειχτεί προσωρινό μόνο πρόβλημα (L. Burns & S. Covington, 2002).

Η υπογονιμότητα δεν επηρεάζει μόνο την άποψη του ζευγαριού για τη φύση της πραγματικότητας αλλά και την ταυτότητά τους (D. Burgwyn, 1981). Η μεγαλύτερη πηγή στίγματος μεταξύ των υπογόνιμων είναι το αίσθημα ότι

⁴⁷ Στην Αμερική η ατεκνία θεωρείτο αποτέλεσμα αμαρτιών των γυναικών και η προσπάθεια μόνο για «θεραπεία» της στειρότητας εκλαμβάνονταν ως περιφρόνηση προς το θέλημα του Θεού. Το στείρο ζευγάρι όμως δεν απομακρυνόταν από την κοινότητα εφόσον αναλάμβανε το υπογόνιμο ζευγάρι να υιοθετήσει τα παιδιά συγγενών ακόμα και αδερφών ενώ οι φυσικοί γονείς διατηρούσαν επαφή με τα παιδιά τους (L. Burns & S. Covington, 2002).

αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ότι έχουν αποτύχει να ανταποκριθούν στις νόρμες στις οποίες πίστευαν πολύ (A. Greil, 1991).

Η ατεκνία αξιολογεί αρνητικά το υπογόνιμο ζευγάρι από το να αποτελεί μέρος της κοινότητας των γονέων (R. Edelman & D. Fielding, 1998) και την υπογόνιμη γυναίκα από το να αποτελεί μέρος της ενδοομάδας των μητέρων (C. Miall, 1986).

Η C. Miall (1986) χαρακτηρίζει ως ευγενικό «στίγμα» αυτό που μοιράζονται οι γυναίκες οι οποίες δεν αντιμετωπίζουν οι ίδιες πρόβλημα αλλά οι άντρες τους δίνοντας έμφαση στο γεγονός της διαφορετικής πρόσληψης της υπογονιμότητας και συνεπώς στη διαφοροποίηση χειρισμού της πληροφορίας και των συνεπειών της πρόσληψης αυτής. Οι γυναίκες αυτές δεν προσδιορίζουν τον εαυτό τους σε σχέση με τις άλλες υπογόνιμες γυναίκες και οι επιπτώσεις στην ταυτότητά τους είναι λιγότερο ευαίσθητες σε σχέση με τις άλλες. Επίσης θεωρούν ότι η ανδρική υπογονιμότητα αξιολογείται πιο αρνητικά σε σχέση με την αρρενωπότητα από ότι η γυναικεία υπογονιμότητα σε σχέση με τη θηλυκότητα. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες χαρακτηρίζουν ότι είναι υπεύθυνες υπογονιμότητας, παρουσιάζουν περισσότερο άγχος και σύγκρουση.

Η M. Sandelowski (1988) υποστηρίζει ότι αναζητώντας μια καθαρή ταυτότητα, οδηγεί τις γυναίκες να κάνουν συγκρίσεις μεταξύ των εαυτών τους και άλλων υπογόνιμων ή γόνιμων γυναικών προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα για την κατάστασή τους, να γιατρέψουν την «πληγωμένη» αυτοεκτίμησή τους και να μειώσουν την απόσταση μεταξύ αυτών και των γόνιμων γυναικών.

Συνεπώς διαπιστώνουμε ότι η αναζήτηση ταυτότητας για τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν, είτε οι ίδιες είτε οι σύντροφοί τους, το πρόβλημα της υπογονιμότητας θέτει τον προβληματισμό για τον ορισμό του κοινωνικού φύλου.

Η έννοια του «κοινωνικού» φύλου (gender) σφυρηλατήθηκε σε αντιδιαστολή με το «βιολογικό» φύλο⁴⁸ (sex) και δηλώνει τις ιδιότητες σε συμπεριφορές που θεωρούνται αρμόζουσες για το κάθε φύλο σε μια δεδομένη κοινωνία (X. Ιγγλέση, 1997).

⁴⁸ Στις δυτικές κοινωνίες κυριαρχεί η αντίληψη ότι το φύλο αποτελεί ένα δεδομένο της φύσης το οποίο όμως θεωρείται ότι καθορίζει την ανθρώπινη ζωή. Η κοινωνική θεωρία του βιολογικού φύλου (sex) παρουσιάζει ότι το φυσικό δεδομένο (το φύλο) αποτελεί μέρος του εξοπλισμού με τον οποίο ο άνθρωπος αντιμετωπίζει τη ζωή, είναι έμφυτο και άρα ανήκει στο πριν της κοινωνικής ζωής. Επίσης, το φύλο είναι κριτήριο «κανονικής» συμπεριφοράς εφόσον οι άντρες και οι γυναίκες συμπεριφέρονται σύμφωνα με τις έμφυτες ιδιότητες και ικανότητές τους, αυτές που προσιδιάζουν στο φύλο τους και τέλος το φύλο είναι ηθικός γνώμονας εφόσον η ηθική τελείωση του ανθρώπου εξαρτάται από την πραγματοποίηση του φυσικού προορισμού που το φύλο υπαγορεύει (Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης, 1992).

Το βιολογικό φύλο χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις βιολογικές κατηγορίες του «άντρα» και της «γυναίκας», ενώ ο όρος κοινωνικό φύλο χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις κοινωνικές κατηγορίες της «αρρενωπότητας» και της «θηλυκότητας», δηλαδή τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά που αποδίδονται στο καθένα από τα δύο φύλα. Το βιολογικό φύλο στον άνθρωπο καθορίζεται από τα χρωμοσώματα και τα ανατομικά χαρακτηριστικά του φύλου ενώ το κοινωνικό φύλο προσδιορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες (P. Turner, 1998).

Σύμφωνα με τη λεγόμενη οργανιστική θεώρηση, η οποία δίνει έμφαση στον ιερό ρόλο των γυναικών ως χορηγών της ζωής, η αναπαραγωγή και η σεξουαλικότητα είναι φυσικές και ιερές μέσω της ανατομίας και της φυσιολογίας των γυναικών και απόλυτα συνδεδεμένες (Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης, 1992).

Για την επιστήμη της ψυχολογίας, η βιολογική διαφορά των φύλων υπήρξε ένας από τους θεμέλιους λίθους πάνω στους οποίους κτίστηκε ο επίσημος λόγος τους. Η διερεύνηση της γυναικείας προσωπικότητας και συμπεριφοράς «ως διαφορετικής» εστιάστηκε στη βιολογική κυρίως λειτουργία της αναπαραγωγής ακολουθώντας την ταξινόμηση της πραγματικότητας σύμφωνα με την οποία ο άντρας ταυτίζεται με τον πολιτισμό και η γυναίκα με τη φύση. Οι κύριες θεωρίες είναι η ψυχαναλυτική και η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Χ. Ιγγλέση, 1997).

Και στις δύο θεωρίες η μητρότητα θεωρείται ως θεμελιώδες στάδιο στη γυναικεία ενήλικη ανάπτυξη παρέχοντας μια κεντρική ταυτότητα ως γυναίκες και ως ενήλικα άτομα. Η παραδοσιακή ψυχαναλυτική θεώρηση θεωρεί τη μητρότητα ως έμφυτη ενστικτώδες ορμή και συνεπώς ως το κύριο χαρακτηριστικό της θηλυκής ταυτότητας των γυναικών (Α. Phoenix & Α. Woollett, 1988).

Σύμφωνα με τους εκπροσώπους της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, οι διαφορές που παρατηρούνται στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά των δύο φύλων θα πρέπει να αποδοθούν στη διαφορετική αγωγή και ανάγονται στο πλέγμα των επιταγών και απαγορεύσεων που χαρακτηρίζει τους φυλετικούς ρόλους μιας δεδομένης κοινωνίας και στους οποίους καλούνται και εν μέρει εξαναγκάζονται να συμμορφωθούν τα παιδιά (Χ. Ιγγλέση, 1997).

Η μητρότητα, χάριν μιας αυθαίρετης αναγωγής του ψυχικού στο βιολογικό, έχει θεσμοθετηθεί ως ο θεμέλιος λίθος επί του οποίου εδράζεται η γυναίκα ως ψυχολογική και κοινωνική ύπαρξη (Τ. Βοσνιάδου, 1997)⁴⁹.

⁴⁹Η ετερονομία υποβιβάζει τη γυναίκα στο επίπεδο του όντος και όχι του υποκειμένου εφόσον η συγγραφέας υιοθετεί τον όρο του Κ. Καστοριάδη (1978) ότι «το έτερο ορίζεται ως το αρνητικό του

Όπως παρουσιάζει η L. Shanner (1998) η γονιμότητα, η σεξουαλική δραστηριότητα και η φυλετική ταυτότητα αποτελούν χωριστά στοιχεία της σεξουαλικής ταυτότητας. Εφόσον τα εξωτερικά αναπαραγωγικά όργανα είναι επίσης όργανα σεξουαλικής δραστηριότητας αλλά και όργανα με τα οποία προσδιορίζουμε τα αγόρια και τα κορίτσια, υπάρχει η τάση να συνδέουμε τα τρία αυτά στοιχεία.

Η ανακάλυψη του κοινωνικού φύλου (gender), η διαπίστωση ότι το φύλο είναι κοινωνική σχέση και πολιτισμικό σύμβολο και όχι δεδομένο της φύσης, προκύπτει μέσα από την πολιτική ρήξη με τη δυτική νοοτροπία του φυσικού προορισμού και την αποδόμηση της επιστημονικοφανούς της εκδοχής που προσδίδει στην έννοια του βιολογικού φύλου αναλυτικό περιεχόμενο. Το φύλο αποτελεί συμβολική προϋπόθεση της ταυτότητας του υποκειμένου αλλά και το κοινωνικό αποτέλεσμα της δράσης του

Η μητρότητα αποτελεί θεμελιώδες συστατικό του γάμου και τον αντιλαμβάνονται ως αναγκαίες κοινωνικές σχέσεις. Επιπρόσθετα, οι θηλυκές διαστάσεις των γυναικών παρουσιάζονται μέσω της μητρότητας και συνεπώς η υπογονιμότητα θέτει σε εξέταση τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά των γυναικών (C. Crowe, 1985).

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα πεδίο το οποίο προσφέρεται για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ της βιολογικής και κοινωνικής τάξης. Η κοινωνική γνώση προκύπτει από την κοινωνική ταυτότητα η οποία με τη σειρά της συνδέεται με τη γνώση του ατόμου ότι ανήκει σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα με τη συναισθηματική αλλά και την αξιολογητική σήμανση η οποία προέρχεται από τη συμμετοχή αυτή.

Η υπογονιμότητα δεν περιορίζεται μόνο στην οργανική κατάσταση του ανθρώπινου σώματος, το οποίο ορίζεται και αναλαμβάνεται από τον ιατρικό θεσμό. Αποτελεί ένα “ατυχές” γεγονός το οποίο επηρεάζει την κοινωνική ένταξη των ατόμων. Διαμέσου των αντιλήψεων που έχουμε για την υπογονιμότητα, στην πραγματικότητα μιλάμε για τη σχέση των ατόμων με την κοινωνία. Η υπογονιμότητα, ένα σημαίνον του οποίου το σημαινόμενο είναι η σχέση του ατόμου με την κοινωνική τάξη. Διαμέσου των αναπαραστάσεων που σχετίζονται με αυτή, τα άτομα έχουν πρόσβαση στις πεποιθήσεις, στις ερμηνείες και στο σύνολο των σημασιολογικών σχέσεων που περιπλέκονται σε μια κοινωνία.

ομοίου, με το όμοιο συνήθως ιεραρχημένο ως κυρίαρχο, άρα ορίζον, και το έτερο ως κυριαρχούμενο, άρα οριζόμενο» (Τ. Βοσνιάδου, 1997, σελ. 397). Συνεπώς, ο Πατέρας θεσμοθετείται ως βασική και ορίζουσα κατηγορία και η γυναίκα ορίζεται ως τα αρνητικό του.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με τη κοινωνική γνώση η οποία προκύπτει από τη συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικές ομάδες. Αυτό αποτελεί σημείο το οποίο υποστηρίζει το αξίωμα της κοινωνικής θεμελίωσης αφενός αλλά και την υπόθεση της κοινωνικής ανακατανομή της γνώσης αφετέρου. Με άλλα λόγια, το τι οι άνθρωποι γνωρίζουν και το πώς το γνωρίζουν εξαρτάται από τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες ανήκουν (U. Flick, 1998)

Σχετικά με την ανακατανομή της καθημερινής γνώσης, ο Schütz (1966, σελ. 14), όπως παραθέτει ο U. Flick (1998) υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές στους κόσμους των διαφορετικών υποκειμένων λόγω του ότι «όχι μόνο τι ένα άτομο γνωρίζει διαφέρει από αυτό που ο γείτονάς του ξέρει, αλλά επίσης πως και οι δύο γνωρίζουν το ίδιο γεγονός».

Στο πλαίσιο αυτό, ο A. Randley (1994) παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας του C. Nathanson (1980), η εργασιακή απασχόληση των γυναικών οδηγεί στο γεγονός της καλύτερης πρόσληψης υγείας κυρίως για τις γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν έλλειψη άλλων μέσων εδραίωσης κοινωνικής θέσης στην κοινωνία (όπως χωρισμένες, χήρες, αυτές με ελάχιστη εκπαίδευση). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δείχνουν τη σημασία θεώρησης διαφορετικών καταστάσεων των γυναικών (και των αντρών) παρά προσπάθειας σύγκρισης αυτών ως ομοιογενείς ομάδες.

Η έρευνα των E. Annandale & K. Hunt (1990) παρουσιάζει ότι τα άτομα με υψηλά σκορ αρρενωπότητας έχουν σημαντικά καλύτερη υγεία από αυτά με χαμηλά και το γεγονός αυτό είναι σημαντικό τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες ανεξάρτητα από το φύλο.

Επιπρόσθετα, η αντίθεση σύμφωνα με την εξήγηση της Herlitz, μεταξύ υγείας και ασθένειας παραλληλίζει το ενεργό στοιχείο με το υγιές ενώ η αποχώρηση από την κοινωνία το άρρωστο. Η αρρενωπή στάση προσδιορίζει μια σφαίρα στην οποία τα άτομα σχετίζονται με συγκεκριμένους στόχους μέσω λογικών διαδικασιών ενώ η “θηλυκή” στάση προσδιορίζει τη σφαίρα της φροντίδας, της ανατροφής και της συντήρησης. Η αρρενωπή δραστηριότητα (εργασία) παρέχει πρόσβαση στο γεγονός ότι εκπληρώνονται τα καθήκοντά του και συνεπώς η προσοχή του κατευθύνεται από το σώμα σε πιο σημαντικά θέματα. Συνεπώς, η καλή υγεία μπορεί να είναι “υγεία” εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο η υγεία έρχεται να οριστεί με όρους της

απασχόλησης και όχι γιατί προσκολλάται στους άντρες στο σύνολο (A. Randle, 1994).

Η εμπειρία της υπογονιμότητας περιλαμβάνει τόσο τα βιολογικά φαινόμενα αλλά και την κοινωνική εμπειρία και συνεπώς δεν βιώνεται ως απλά ένα βιολογικό γεγονός. Η εμπειρία της υπογονιμότητας ως κοινωνική συνθήκη οδηγεί στην αντίληψη ότι κάτι πηγαίνει λάθος και στην οποία δίνεται περισσότερη έμφαση όταν εμπλέκεται η θεραπεία της υπογονιμότητας (M. Stacey, 1992).

Όσο αφορά τη θεραπεία, στο πλαίσιο που παρέχεται στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής, δεν είναι αυτή που συνήθως συναντάμε. Ο Winston (1991) αναφέρει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν αποτελεί θεραπεία για την αιτία της υπογονιμότητας αλλά ένας τρόπος για να μείνει η γυναίκα έγκυος. Όπως και η C. Crowe (1985) αναφέρει, η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί το δρόμο προς τη βιολογική μητρότητα μέσω τεχνολογικής επέμβασης. Συνεπώς, οι γυναίκες αναμένεται να δεχτούν το βάρος των επεμβάσεων και της θεραπείας δίνοντας έτσι τον ορισμό του ιατρικού ασθενή (R. Snowden, 1998).

Η αναζήτηση της θεραπείας έρχεται να αντικειμενοποιήσει ότι πριν ήταν προσωπικό και υποκειμενικό και να αποδεχτούν την υπογονιμότητα ως κάτι αντικειμενικά πραγματικό (R Matthews & A.M. Matthews, 1986).

Η εμπλοκή της επιστήμης και των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής εστιάζεται στο γεγονός ότι υπάρχει μια πίεση αποδοχής της συμβουλής των ειδικών και των θεραπευτικών επεμβάσεων στην δημιουργία ενός παιδιού. Και συνεπώς η ατεκνία του ζευγαριού δεν αποτελεί γεγονός της μοίρας ή της φύσης αλλά δική τους ευθύνη μέσω της αποδοχής ή απόρριψης της διαθέσιμης επιστημονικής συμβολής (Lauritzen, 1993).

Παρόλα ταύτα, ούτε οι φυσικές επιστήμες, ούτε τα φυσικά γεγονότα είναι ανεξάρτητα από το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο αναπαράγονται. Η υπόθεση της αιτιακής σχέσης μεταξύ της σεξουαλικής πράξης και της εγκυμοσύνης διαφοροποιείται από την ανάδυση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής η οποία και μεταφέρει τη σύλληψη από το εσωτερικό του ανθρώπινου οργανισμού ορατό στο επιστημονικό βλέμμα. Η διαδικασία της σύλληψης γίνεται λιγότερο φυσική εφόσον η τεχνολογία με αυξανόμενο ρυθμό εισέρχεται στην ιστορία αυτή ως παράγοντας με τα δικά του δικαιώματα (M. Stacey, 1992).

Τα υπογόνιμα άτομα τα οποία αναζητούν την ιατρική βοήθεια έρχονται αντιμέτωποι με ένα διαφορετικό κόσμο σύλληψης, αυτό της επιστημονικής. Το

γεγονός αυτό όμως μεταθέτει το ιδιωτικό και προσωπικό χαρακτήρα της σύλληψης σε ένα δημόσιο συμβάν περικλείοντας την ομάδα των επιστημονικών ειδικών. Επιπρόσθετα, από μια όχι εμπορική δραστηριότητα, η σύλληψη παρουσιάζει την εμπορική της διάσταση και το ζευγάρι αποτελεί καταναλωτής στην αγορά των υπηρεσιών υπογονιμότητας.

Η μεγαλύτερη πρόκληση της επιστήμης είναι η διάσταση μεταξύ της επιθυμίας για βιολογικό παιδί και της ανικανότητας του ατόμου να το αναπαράγει. Το βιολογικό φαινόμενο της υπογονιμότητας αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο στον κόσμο της επιστήμης και από την άλλη τα κοινωνικά γεγονότα της σύλληψης τα οποία εξαιρούνται ή είναι περιθωριοποιημένα από τον κόσμο (ό.π). Εν τούτοις, οι αναπαραστάσεις για τη νέα τεχνολογία σχετίζονται με τις κοινωνικές προεκτάσεις και τη σημασία τους στο κοινωνικό πεδίο.

Η ιδιομορφία της υπογονιμότητας σε σχέση με οποιαδήποτε νόσο παρουσιάζεται στο γεγονός ότι με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης δίνεται η δυνατότητα απόκτησης παιδιού και όχι η εξάλειψη της υπογονιμότητας. Η θεραπεία που παρέχεται από τις νέες τεχνολογίες -στα πλαίσια της «ιατρικοποίησης» (medicalization) της υπογονιμότητας- δεν είναι ιατρική θεραπεία με την κοινή έννοια. Ο R. Winston (1991), θεωρεί την εξωσωματική γονιμοποίηση, όχι μια θεραπεία για το αίτιο της υπογονιμότητας αλλά μια θεραπεία προκειμένου να μείνει μια γυναίκα έγκυος. Ο J. Monach (1993) υποστηρίζει ότι οι γυναίκες αναμένεται να σηκώσουν το βάρος των ιατρικών επεμβάσεων και θεραπειών για την υπογονιμότητα από ότι οι άντρες (R. Snowden, 1998, σελ.252) ενώ ήδη έχουν επωμισθεί τη κοινωνική ευθύνη της αποτυχίας αναπαραγωγής του ζευγαριού η οποία αποδίδεται σε κάποιο πρόβλημα που έχει η γυναίκα (C. Miall, 1986).

Συνεπώς, τα ερωτήματα τα οποία προκύπτουν είναι α) ποια σημασία δίνουν τα υπογόνιμα άτομα στην υπογονιμότητα εφόσον από τη μια πλευρά δεν απειλείται η ζωή τους αλλά από την άλλη επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους μέσα στην κοινωνία και το β) πως προσλαμβάνεται η χρήση της ιατρικής (εξωσωματικής γονιμοποίησης);

Συμπερασματικά, η εμπειρία της υπογονιμότητας διαμορφώνεται ανάλογα με το βαθμό αποδοχής των κοινωνικών κανόνων για την οικογενειακή ζωή αλλά και της κοινωνικής λειτουργίας του γάμου, καθώς και την πρόσληψη της κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών και τέλος με την αποδοχή της αναπαραγωγικής ιατρικής.

ΜΕΡΟΣ II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δ.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Η ενότητα αυτή παρουσιάζει τους σημαντικούς προβληματισμούς οι οποίοι προέκυψαν τόσο από το θεωρητικό μέρος όσο και από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων με σκοπό τη διατύπωση των υποθέσεων.

Η μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών για την υπογονιμότητα στόχο έχει τον προσδιορισμό της κοινωνικής θεμελίωσης των κοινών πεποιθήσεων για την υπογονιμότητα. Η κοινωνική αναπαράσταση είναι ένα εργαλείο με τη βοήθεια του οποίου ένα άτομο ή μια κοινωνική ομάδα αντιλαμβάνεται και ιδιοποιείται τον περιβάλλοντα κόσμο. Είναι μια κοινωνική πρόσληψη που παίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο επικοινωνιών και συμπεριφορών. Όπως ο Κατερέλος (1996) αναφέρει, η αναπαράσταση δεν είναι μια απλή αντανάκλαση της πραγματικότητας αλλά μια σημαίνουσα οργάνωση.

Στην προσωπική εμπειρία της υπογονιμότητας, η κοινωνική πραγματικότητα ενσωματώνεται με δύο τρόπους όπως αναφέρουν οι Edelman και Fielding (1998). Αφενός επεμβαίνει με τη πίεση που ασκεί στα ζευγάρια να συμβιβαστούν με τον ιδεατό κανόνα της οικογενειακής ζωής και με τον αντίκτυπο που έχει η ανάμειξη κάποιων τμημάτων της στην αναπαραγωγική διαδικασία. Σύμφωνα με τον ιδεατό αυτό κανόνα, η ατεκνία θεωρείται απόκλιση ενώ ο γονεϊκός ρόλος φαίνεται να αποτελεί το αναπόσπαστο μέρος της μετάβασης στην ενηλικίωση (Greil, 1991). Εν τούτοις όμως, οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί θεσμοί δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη σημαντικότητα της μητρότητας για το γυναικείο ρόλο και καθιστώντας το γονεϊκό ρόλο πιο κεντρικό στην ταυτότητα της γυναίκας από ότι στον άντρα (Miall, 1986; Greil, 1991).

Η σημασία του αντικειμένου -απόκτηση παιδιού- είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Η θηλυκότητα σχετίζεται άμεσα με τη γυναικεία σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγική ικανότητα και τη μητρότητα. Η μητρότητα αποτελεί θεμελιώδες συστατικό του γάμου και τον αντιλαμβάνονται ως αναγκαία κοινωνική σχέση. Επιπρόσθετα, οι θηλυκές διαστάσεις των γυναικών παρουσιάζονται μέσω της μητρότητας και συνεπώς η υπογονιμότητα θέτει σε εξέταση τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά των γυναικών (C. Crowe, 1985).

Η επιρροή του θεσμού του γάμου και της θρησκείας στο θέμα της μητρότητας οδηγεί στην υπόθεση ότι το θρησκευτικό συναίσθημα αποτελεί φίλτρο επαναπροσδιορισμού των κοινωνικών ιδεών που κυκλοφορούν. Οι γυναίκες με θρησκευτικό συναίσθημα αναμένεται να λαμβάνουν πιο παραδοσιακά την ταυτότητα των γυναικών αλλά και πιο συγκρουσιακά τη θέση της κοινωνίας για τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Και αυτό γιατί η χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής αποτελεί ένα σύγχρονο θέμα συζήτησης το οποίο προκαλεί κυρίως ηθικά και νομικά διλήμματα και δεδομένου ότι η επίσημη εκκλησία δεν αποδέχεται πλήρως τις νέες τεχνολογίες (Υπόθεση 1).

Εξαιτίας του γεγονότος όμως ότι κάθε υποκείμενο ή ομάδα υποκειμένων είναι μοναδικά τοποθετημένη σε σχέση με τη διαδικασία της κοινωνικής αναπαραστάσης κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η ομάδα των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών. Το γεγονός αυτό δεν αποκλείει τη σημαντικότητα του «λόγου» των αντρών. Παρότι μόνο ελάχιστες έρευνες⁵⁰ έχουν δείξει ότι οι αντιδράσεις των αντρών διαφοροποιούνται από αυτές των γυναικών όσο αφορά την υπογονιμότητα, μας δίνει το κίνητρο για την εξέταση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των αντρών των υπογόνιμων ζευγαριών για την υπογονιμότητα. Ο σκοπός όμως αυτός δεν περικλείεται στην παρούσα έρευνα.

Και αυτό λόγω του ότι οι γυναίκες αποτελούσαν και συνεχίζουν να αποτελούν το «στόχαστρο» της κοινωνίας όσο αφορά την παροχή αποδείξεων για την απόκτηση παιδιού. Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της υπογονιμότητας προκύπτουν από το γεγονός ότι η παρουσία του παιδιού στο ζευγάρι αποτελεί σύμβολο κοινωνικής ωρίμανσης στη σφαίρα της οικογένειας.

Επιπρόσθετα, παρότι οι γιατροί θεωρούν ότι η υπογονιμότητα είναι ασθένεια του ζευγαριού, το ζευγάρι δε μοιράζεται την ίδια εμπειρία. Οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες λαμβάνουν το επώδυνο φορτίο των ιατρικών επεμβάσεων των τεχνολογιών αναπαραγωγής γεγονός το οποίο επηρεάζει τη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων εφόσον ενσωματώνεται και ο ιατρικός λόγος.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των υπογόνιμων γυναικών οι οποίες εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης θα προσπαθήσουν να εξηγήσουν το σκοπό των αναπαραστάσεων για τις γυναίκες αυτές. Η μελέτη των σημασιών της υπογονιμότητας και η κοινωνική δόμηση των σημασιών αποτελεί

⁵⁰ E. W. Freeman et al (1985), P. W. Link & C.A. Darling (1986), P. Mahlstedt et al (1987), P.A. Van Keep & H. Schmidt-Elmendorf (1975).

στόχο των αναπαραστάσεων αυτών. Το περιεχόμενο της γνώσης που κατέχουν τα υποκείμενα έχει άμεση σχέση με την κοινωνική, πολιτιστική, ιστορική και τοπική διάσταση στην οποία δημιουργείται και χρησιμοποιείται.

Επιπρόσθετα, η θεώρηση διαφορετικών καταστάσεων των γυναικών, ανάλογα με το αν απασχολούνται ή όχι, οδηγεί στη διατύπωση της δεύτερης υπόθεσης, αυτή της διαφοροποίησης των κοινωνικών αναπαραστάσεων ανάλογα με την εργασιακή τους απασχόληση (Υπόθεση 2).

Η διαδικασία του να γίνει κανείς υπογόνιμος, είναι διαλεκτική στην οποία οι γυναίκες ερμηνεύουν, ανταποκρίνονται και δίνουν νόημα στα φυσικά συμπτώματα. Κάθε κουλτούρα παρέχει ένα δίκτυο σημασιών το οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να κατανοήσουν την εμπειρία της υπογονιμότητας και τη «θεραπεία» της. Εν τούτοις, η πρόσληψη της σημασίας από τις ομάδες -στη συγκεκριμένη έρευνα των γυναικών- διαφοροποιείται εφόσον το αντικείμενο της αναπαράστασης έχει διαφορετική βαρύνουσα σημασία για τις ομάδες αυτές. Η προσδιοριζόμενη κυριότητα της κοινωνικής αναπαράστασης δεν είναι απλά ότι μπορεί να μοιράζεται. Ο βαθμός της διασκόρπισης μέσα σε μια ομάδα ή κοινωνική κατηγορία εξαρτάται από τις λειτουργίες που εξυπηρετεί και επηρεάζει τις διαδικασίες επικέντρωσης και αντικειμενοποίησης. Οι λειτουργίες αυτές επηρεάζουν τα αρχικά συστήματα που επιλέγονται για τη δράση ως επικεντρωτές για κάτι νέο ή ανάπτυξη του παλιού (G. Breakwell, 1993).

Το να κάνει κάποιος δικό του κάτι που είναι καινούριο, ισοδυναμεί με το να προσεγγίζει με αυτά που ήδη ξέρει, χαρακτηρίζοντάς το με τις λέξεις της γλώσσας του. Αλλά η ονομασία, η σύγκριση, η αφομοίωση και η ταξινόμηση προϋποθέτει πάντα μια άποψη που αποκαλύπτει κάτι από τη θεωρία που ήδη διαθέτουμε για το ταξινομημένο αντικείμενο. Η επικέντρωση εξουσιοδοτεί τη διεξαγωγή γρήγορων συμπερασμάτων που αφορούν τη συμμόρφωση και την παρέκκλιση σε σχέση με το μοντέλο (Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου, 1995).

Η ιατρική διάγνωση, ανδρική ή γυναικεία υπογονιμότητα, πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπογονιμότητα λαμβάνει διαφορετική σημασία για τα υποκείμενα η οποία σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν τον εαυτό τους. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών επηρεάζουν τα όρια της κοινωνικής ταυτότητάς τους αλλά και οι τελευταίες τον τρόπο που αναπτύσσονται οι πρώτες.

Αναμένεται λοιπόν να υπάρξει διαφοροποίηση μεταξύ των γυναικών με πρωτοπαθή (όχι προηγούμενη εγκυμοσύνη) και δευτεροπαθή (ύπαρξη προηγούμενης εγκυμοσύνης) υπογονιμότητα. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης έστω και σύντομης αποτελεί όριο κοινωνικού χαρακτηρισμού των γυναικών ως ικανών προς την εκπλήρωση του καθήκοντος της μητρότητας (Υπόθεση 3) και συνεπώς προσλαμβάνουν την εμπειρία αυτή με διαφορετικό τρόπο.

Επιπρόσθετα, η επαναξιολόγηση και προσδιορισμός του κοινωνικού χώρου όπου οι γυναίκες τοποθετούνται διαφοροποιείται εξαιτίας της κοινωνικής θέσης των γυναικών, όπως την προσλαμβάνουν οι ίδιες οι γυναίκες. Ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες επανερμηνεύουν τις προεξέχουσες κοινωνικές ιδέες για την υπογονιμότητα και τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και τους κανόνες σχετικά με την απόκτηση του παιδιού και της οικογένειας διαφοροποιείται.

Η διάκριση των υπογόνιμων γυναικών, των γυναικών που αντιμετωπίζουν οι άντρες το πρόβλημα της υπογονιμότητας και των γυναικών που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα αναμένεται να οδηγήσει στην πρόσληψη διαφοροποιημένων χαρακτηριστικών της ταυτότητάς του καθώς και των αναπαραστάσεων για την υπογονιμότητα. (Υπόθεση 4).

Η ομάδα των γυναικών οι οποίες εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν αποτελεί ομοιογενής ομάδα και ο διαχωρισμός των κοινωνικών κατηγοριών των γυναικών αυτών στη συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει από την πρόσληψη της υπογονιμότητας αφενός αλλά και της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης αφετέρου. Οι γυναίκες συνεπώς παρουσιάζουν διαφορετικούς ρόλους στην κοινωνική διαδικασία της κατασκευής, της επεξεργασίας και του μοιράσματος της αναπαράστασης.

Ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες προσπαθούν να ερμηνεύσουν την πραγματικότητα της υπογονιμότητας προσδιορίζει τα όρια καθορισμού της ένταξής τους στο κοινωνικό πεδίο, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα με τη λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Συνεπώς, η διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων για την υπογονιμότητα επηρεάζεται από την κατάσταση του κοινωνικού υποκειμένου, η οποία, στη συγκεκριμένη έρευνα των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών που εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, ορίζεται από την εργασιακή απασχόληση, τον τύπο υπογονιμότητας και το αίσθημα μητρότητας/γονεϊκού ρόλου και το θρησκευτικό αίσθημα. Η ηλικία υπεισέρχεται σε ένα δεύτερο επίπεδο εξαιτίας των

διαφορετικών κοινωνικών συνθηκών στο θέμα της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας και κυρίως στη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Λόγω του γεγονότος ότι οι εξελίξεις στον τομέα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ραγδαίες τα τελευταία μόλις χρόνια στην Ελλάδα, η ωρίμανση και η αφομοίωση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής αποτελεί γεγονός επαναπροσδιορισμού τόσο για τις μεγάλες σε ηλικία γυναίκες του τρόπου προσέγγισης και αναπαράστασης της υπογονιμότητας όσο και γεγονός κατευθυντήριου προσδιορισμού για το μέλλον στις νεότερες γυναίκες. Για το λόγο αυτό συμπεριλήφθηκε η μεταβλητή της ηλικίας. Ο τύπος της υπογονιμότητας σχετίζεται με το πρόβλημα, δηλαδή ποιο μέρος από το ζευγάρι αντιμετωπίζει την υπογονιμότητα. Τέλος, το αίσθημα μητρότητας/γονεϊκού ρόλου αφορά την ύπαρξη εγκυμοσύνης στο παρελθόν αλλά και την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια.

Επιπρόσθετα, η έκβαση της ερμηνευτικής διαδικασίας της γονιμότητας-υπογονιμότητας, η πρόσληψη της κατηγοριακής υπαγωγής αλλά και η αποδοχή των κανόνων και των αξιών του προγεννητισμού, συνθέτουν την εικόνα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ιδεών που κυκλοφορούν στην κοινωνία, όπως τις παρουσιάζουν οι γυναίκες, αλλά και της παρουσίας της κοινωνικής τους ταυτότητας. Η αποδοχή των αξιών του προγεννητισμού, των αξιών για την οικογένεια, σχετίζεται τόσο με την εσωτερίκευση αλλά και με την κανονιστική συμμόρφωση. Στην πρώτη περίπτωση διαπιστώνεται η αποδοχή των αξιών ενώ στη δεύτερη η υιοθέτηση των κανόνων και των αξιών ως προϋπόθεση κοινωνικής ένταξης.

Τέλος, τα σημεία τα οποία φαίνονται να είναι σημαίνοντα στο θέμα της υπογονιμότητας είναι η πρόσληψη της υπογονιμότητας, των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και της αναπαράστασης της κοινωνίας. Η ερμηνεία του δίκαιου κόσμου, της δικαιοσύνης που αποδίδεται μέσω της υπογονιμότητας αποτελεί σημείο ιδιαίτερα ερμηνευτικό στην πρόσληψη της υπογονιμότητας. Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα είναι ένα ζήτημα το οποίο σχετίζεται με τη σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου. Με άλλα λόγια, η ερμηνεία της υπογονιμότητας παρουσιάζεται μέσα από την απόδοσή της αλλά και από τις συνέπειες στη σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου. Όσο αφορά τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής -η κυριότερη και η πιο συζητημένη αυτών η εξωσωματική γονιμοποίηση- εξαιτίας των συζητήσεων πάνω στα ηθικά, κοινωνικά, νομικά θέματα

που εγείρονται από τη χρήση τους, η πρόσληψή τους εστιάζεται στο θέμα της θεμιτής και νόμιμης χρήσης των γαμετών (ωαρίου, σπερματοζωαρίου) αφενός και στην ηθική αποδοχή τους αφετέρου. Τέλος, η αναπαράσταση της κοινωνίας περιλαμβάνει τόσο τη φύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης όσο και της υπογονιμότητας.

Τέλος, η συγκρουσιακή κατάσταση φαίνεται να στοιχειοθετείται από την επιθυμία συμμόρφωσης στους κοινωνικούς κανόνες, σχετικά με την απόκτηση του παιδιού, και αφετέρου από την αρνητική πρόσληψη της χρήσης των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Η επιθυμία στον ένα πόλο και η συμπεριφορά στον άλλο πόλο. Η επιθυμία να συμμορφωθεί με τους κοινωνικούς κανόνες αλλά ταυτόχρονα η συμπεριφορά, δηλαδή η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δεν είναι απόλυτα «συμβατές». Η αλληλεπίδρασή τους προκύπτει από την έκβαση της ερμηνευτικής διαδικασίας τόσο από την πρόσληψη των νέων τεχνολογιών όσο και από την αναπαράσταση της κοινωνίας για την υπογονιμότητα αλλά και τη φύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να δείξει τις συνθήκες εκείνες στις οποίες παρουσιάζεται συγκρουσιακότητα όπως περιγράφεται παραπάνω.

Α.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α.2.1 ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι η ψυχολογική έρευνα για τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας αλλά και των διαδικασιών της εξωσωματικής γονιμοποίησης στο υπογόνιμο ζευγάρι -αλλά κυρίως στη γυναίκα- ανθίζει πολλές δεκαετίες. Όμως, δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες οι οποίες να παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που διαμορφώνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας και επαναπροσδιορίζουν τη θέση τους στον κοινωνικό χώρο. Η μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων των υπογόνιμων γυναικών θα αποτελέσει την ερμηνευτική βάση των αποτελεσμάτων των κλινικών ερευνών διερευνώντας στην πραγματικότητα τη σχέση των γυναικών αυτών με την κοινωνία. Στο σημείο αυτό εντοπίζεται και η πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας, δεδομένου ότι στον Ελλαδικό χώρο είναι ανύπαρκτη η κοινωνιοψυχολογική έρευνα στο θέμα της υπογονιμότητας.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι ένας κύριος περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι ο εντοπισμός της κατηγορίας των γυναικών εκείνων οι οποίες δεν έχουν καταφύγει στα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης, εκείνων οι οποίες έχουν διακόψει τη συνεργασία με τα τελευταία και εκείνων οι οποίες δεν θέλουν να αποκτήσουν παιδί.

Επιπρόσθετα, κύριο χαρακτηριστικό των ερωτώμενων γυναικών είναι η συμμετοχή τους στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνουμε να εντοπίσουμε τις περιπτώσεις των υπογόνιμων ζευγαριών τα οποία δεν μπορούν να αποκτήσουν μόνα τους ένα παιδί και χρειάζονται τη βοήθεια της ιατρικής επέμβασης εφόσον δεν έχουν άλλη δυνατότητα επιλογής. Οι περιπτώσεις των γυναικών οι οποίες έχουν επιλύσει επιτυχώς το πρόβλημα της υπογονιμότητας με κάποια θεραπεία ή επέμβαση ή εκείνων των οποίων οι σύζυγοι παρουσίασαν κάποια αιτία υπογονιμότητα και αντιμετωπίστηκε, δεν περιλαμβάνονται στην έρευνα.

Συνεπώς εστιαζόμαστε στην ομάδα των γυναικών εκείνων των υπογόνιμων ζευγαριών τα οποία έχουν απευθυνθεί σε κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για το λόγο ότι και η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τρεις υποομάδες γυναίκες πριν από την εγκυμοσύνη, κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννηση του παιδιού οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση των διαστάσεων της υπογονιμότητας στις υποομάδες αυτές που αναφέρθηκαν.

Α.2.2 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Α2.2.1 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις οι οποίες θα μας επιτρέψουν να διαμορφώσουμε το πλαίσιο του ερωτηματολογίου. Κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί ο τύπος της ημι-δομημένης συνέντευξης, ο οποίος περιλαμβάνει την εφαρμογή του αριθμού προκαθορισμένων ερωτήσεων ή ειδικών τοποθετήσεων. Οι ερωτήσεις αυτές ασκούνται σε κάθε άτομο με συστηματικό τρόπο αλλά τα ερωτώμενα υποκείμενα έχουν την ελευθερία να παρεκκλίνουν (B. Berg, 1998).

Ένα σημείο στο οποίο δόθηκε έμφαση και βαρύτητα είναι η ανάπτυξη επικοινωνίας με το ερωτώμενο υποκείμενο, διότι ο συνεντευκτής/τρια αμοίβεται από τη θετική αυτή επικοινωνία δεδομένου ότι η συνέντευξη έρευνας δεν αποτελεί μια φυσική επικοινωνιακή ανταλλαγή (ό.π.).

Η διερεύνηση των προσδοκιών των ερωτώμενων για το ρόλο του συνεντευκτή/τριας κρίθηκε αναγκαία. Η μείωσης της εντυπωσιακής ασυμμετρίας δυνάμεων μεταξύ ερωτώμενου/ης-συνεντευκτή/τριας, το οποίο αποτελεί και το δομικό χαρακτηριστικό των συνεντεύξεων των ερευνητικών πλαισίων, σύμφωνα με τον E. Mishler (1996) θα βοηθήσει την ενδυνάμωση του ρόλου των ερωτώμενων και την εφαρμογή της επιτευχθείσας κατανόησης στην πράξη, σύμφωνα με τα προσωπικά ενδιαφέροντα των ατόμων.

Τα στοιχεία της ημιδομημένης συνέντευξης είναι: οι ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες απαντούνται στη βάση της γνώσης που τα ερωτώμενα άτομα έχουν, οι ερωτήσεις οι οποίες προέρχονται από τις θεωρίες ή υπογραμμίζονται από τις υποθέσεις οι οποίες προκύπτουν από την επιστημονική βιβλιογραφία. Σκοπός των συνεντεύξεων είναι να κάνουν τις ασαφείς γνώσεις του υποκειμένου πιο ρητές. Τέλος, οι συγκριτικές ερωτήσεις, οι οποίες ανταποκρίνονται στις θεωρίες και στις σχέσεις του ερωτώμενου που έχει παρουσιάσει στο συγκεκριμένο θέμα έρευνας (U. Flick, 1998).

Ο στόχος των ημιδομημένων συνεντεύξεων είναι γενικά η ανάδυση της υπάρχουσας γνώσης με ένα τρόπο που μπορεί να παρουσιαστεί στις απαντήσεις και να είναι προσβάσιμο στη διαδικασία της ερμηνείας.

Σχετικά με τη διαδικασία συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε η μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Η τελευταία περιορίζει τη δυνατότητα διαμόρφωσης ενός κλίματος “φυσικότητας” κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Σίγουρα, η επιρροή στις τοποθετήσεις των ερωτώμενων θα πρέπει να μην αγνοηθεί (U. Flick, 1998).

Σχετικά με τη διαδικασία ανάλυσης κειμένων, ο U. Flick (1998) παρουσιάζει δύο τρόπους στρατηγικών χειρισμού των τελευταίων: ο πρώτος σχετίζεται με την κωδικοποίηση του υλικού με στόχο την κατηγοριοποίηση και την ανάπτυξη της θεωρίας (θεωρητική κατηγοριοποίηση, θεματική κωδικοποίηση, ποιοτική ανάλυση κειμένου, ανάλυση περιεχομένου) και η δεύτερη περισσότερο ή λιγότερο αυστηρά διαδοχική ανάλυση κειμένου αποσκοπώντας στην ανοικοδόμηση της δομής του κειμένου ή περίπτωσης (conversation analysis, narrative analysis, objective hermeneutics).

Όσο αφορά τη χρήση της ανάλυσης περιεχομένου (content analysis), αυτή θα βοηθήσει την ερευνήτρια στην αναζήτηση του τρόπου με τον οποίο τα υποκείμενα «βλέπουν» τον κοινωνικό κόσμο. Από την άποψη αυτή, η μέθοδος δεν είναι θετικιστική και ποσοτική αλλά περισσότερο ποιοτική εφόσον δίνεται η δυνατότητα εξέτασης θεμάτων και συμβόλων και της ερμηνευτικής ανάγνωσης του συμβολισμού που υπογραμμίζει τα φυσικώς παρουσιαζόμενα δεδομένα (B. Berg, 1998).

Όπως παρατηρεί η Μ. Σακαλάκη (1994), η οικοδόμηση της μεθόδου είναι άμεσα συνδεδεμένη με το σύνολο των υποθέσεων και τους βασικούς στόχους. Στη έρευνα οι στόχοι είναι οι εξής:

- Η καταγραφή των πληροφοριών σχετικές με την υπογονιμότητα
- Η κατάταξη των πληροφοριών σε θεματικές κατηγορίες οι οποίες θα έχουν τη δυνατότητα να συσχετιστούν μεταξύ τους με βάση ορισμένους παράγοντες

Σκοπός είναι η κωδικοποιημένη παρουσίαση του λόγου των γυναικών και η διερεύνηση της διαφοροποίησης του λόγου στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης, στις γυναίκες οι οποίες είναι έγκυες από τη διαδικασία αυτή και τέλος στις γυναίκες οι οποίες έχουν αποκτήσει παιδί με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά και των γυναικών που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα του συζύγου ή τη δικιά τους καθώς και των γυναικών οι οποίες είναι εργαζόμενες ή νοικοκυρές.

Αρχικά θα πρέπει να προσδιορίσουμε τους κανόνες κωδικοποίησης των δεδομένων. Όσο αφορά τη μονάδα καταγραφής ισοδυναμεί με κάθε επιμέρους νόημα που πρέπει να κωδικοποιήσουμε. Αντιστοιχεί σε ένα κομμάτι των περιεχομένων, με αυτοδύναμο νόημα, που θεωρούμε σαν βασική μονάδα προορισμένη να ενταχθεί σε

μια κατηγορία. Ανάλογα με τους συγκεκριμένους στόχους και την προβληματική μιας έρευνας, ως μονάδα καταγραφής μπορεί να είναι η λέξη, το θέμα, ο χαρακτήρας, η παράγραφος σημεία ή έννοια ή τη σημασιολογία των λέξεων ⁵¹ (B. Berg, 1998).

Ο συνδυασμός της επιλογής μονάδας καταγραφής του θέματος και έννοιας κρίθηκε αναγκαία για την επεξεργασία των δεδομένων της συγκεκριμένης έρευνας. Και αυτό διότι ο σκοπός των συνεντεύξεων είναι η αναζήτηση εμπειρικών δεδομένων τα οποία θα αποτελέσουν και τη βάση διαμόρφωσης ερωτηματολογίου στη συνέχεια.

Απώτερος σκοπός είναι η διαμόρφωση ερευνητικών υποθέσεων οι οποίες θα εξεταστούν στο επόμενο στάδιο της έρευνας με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου. Συνεπώς, η ανάλυση περιεχομένου αποτελεί εργαλείο ανάλυσης και όχι ολοκληρωμένη στρατηγική έρευνας (B. Berg, 1998). Για το λόγο αυτό η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος δεν έπαιξε ρόλο τη συγκεκριμένη φάση αλλά η συγκεκριμενοποίηση των ομάδων σύγκρισης και η ποιοτική αναζήτηση των στοιχείων που περιστρέφονται γύρω από την έννοια της υπογονιμότητας.

Η δημιουργία συγκρίσεων και η διαμόρφωση ερωτήσεων αποτελούν τις δύο αναλυτικές διαδικασίες βασικές στη διαδικασία της κωδικοποίησης (A. Strauss & J. Corbin, 1990).

Αρχικά, παρουσιάζονται τα κύρια θέματα που αναφέρονται από το ερωτώμενο άτομο και αφορούν το αντικείμενο της έρευνας. Στη συνέχεια αναπτύσσεται ένα σύστημα κατηγοριών για την κάθε περίπτωση σύμφωνα με την ανοικτή κωδικοποίηση (open coding). Η επιλεκτική κωδικοποίηση (selective coding) οδηγεί

⁵¹ Η λέξη αποτελεί το μικρότερο στοιχείο ή μονάδα που χρησιμοποιείται στην ανάλυση περιεχομένου και οδηγεί στην κατανομή της συχνότητας εμφάνισης συγκεκριμένων λέξεων ή όρων. Το θέμα (theme) είναι η πιο χρήσιμη μονάδα καταγραφής η οποία μπορεί να αφορά μια πρόταση, μια σειρά λέξεων με υποκείμενο και κατηγορήμα. Για το λόγο ότι τα θέματα μπορούν να εντοπιστούν σε πλήθος σημείων στα περισσότερα γραπτά κείμενα, είναι αναγκαίο να προσδιοριστεί σε ποια πλαίσια θα ερευνηθεί περαιτέρω. Η μονάδα συμφραζομένων είναι το τμήμα εκείνο του κειμένου του οποίου οι διαστάσεις είναι μεγαλύτερες από εκείνες της μονάδας καταγραφής οι οποίες επιτρέπουν την ακριβή νοηματοδότηση των μονάδων καταγραφής. Η αναφορά στα συμφραζόμενα μας επιτρέπει την κατάταξη των πληροφοριών-θεμάτων σε μια από τις κατηγορίες (M. Σακαλάκη, 1994). Οι χαρακτήρες (characters) πρόσωπα είναι σημαντικά για την ανάλυση. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να μετρηθεί ο αριθμός των φορών που το συγκεκριμένο άτομο ή άτομα αναφέρονται παρά ο αριθμός των λέξεων ή των θεμάτων. Η παράγραφος (paragraph) δε χρησιμοποιείται συχνά εξαιτίας των δυσκολιών που προκύπτουν από την προσπάθεια κωδικοποίησης και ταξινόμησης των διαφόρων και ποικίλων σκέψεων που παρουσιάζονται σε μια παράγραφο. Τα σημεία (items) αναπαριστούν τη συνολική μονάδα η οποία μπορεί να είναι ένα βιβλίο, γράμμα ή ακόμα μια σε βάθος συνέντευξη. Η χρήση της έννοιας (concept) είναι η επιδητευμένος τύπος λέξεως. Οι έννοιες περιλαμβάνουν λέξεις οι οποίες εντασσόμενες σε κατηγορίες δημιουργούν εννοιολογικές ομάδες (clusters-ideas) που συνιστούν σε κάποιες περιπτώσεις μεταβλητές υποθέσεις τυπικής έρευνας. Τέλος, η σημασιολογική των λέξεων (semantics) δε δίνεται βαρύτητα στον αριθμό των λέξεων που χρησιμοποιούνται αλλά πως επηρεάζονται οι λέξεις από άλλες λέξεις και πόσο δυνατή ή αδύνατη είναι η λέξη (λέξεις) σε σχέση με την όλη όψη της πρότασης.

στην ανάπτυξη θεματικών ενοτήτων και κατηγοριών για κάθε περίπτωση, οι οποίες συνδέονται μεταξύ των περιπτώσεων και εξετάζονται. Η θεματική δομή προέρχεται από τη διασταύρωση των θεματικών ενοτήτων των περιπτώσεων και οδηγεί στη συγκρισιμότητα των περιπτώσεων μεταξύ τους.

Η διαδικασία ομαδοποίησης των εννοιών οι οποίες φαίνεται να αναφέρονται στα ίδια φαινόμενα ονομάζεται κατηγοριοποίηση (A. Strauss & J. Corbin, 1990). Στο φαινόμενο το οποίο αναπαριστάται από την κατηγορία δίνεται ένα νόημα το οποίο είναι πιο γενικό από τις έννοιες που αυτή περιλαμβάνει. Οι ιδιότητες και οι διαστάσεις του φαινομένου (κατηγορίες) είναι σημαντικά στοιχεία αναγνώρισης και συστηματικής ανάπτυξης διότι διαμορφώνουν τη βάση των σχέσεων μεταξύ κατηγοριών και υποκατηγοριών.

Η επιλεκτική κατηγοριοποίηση στοχεύει στην επεξεργασία μιας κεντρικής κατηγορίας γύρω από την οποία τοποθετούνται οι αναπτυγμένες κατηγορίες. Σκοπός είναι η εύρεση τύπων (patterns)⁵² στα δεδομένα αλλά και οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους αλλά και η συμπλήρωση και ανάπτυξη των κατηγοριών, διαδικασία η οποία δίνει εννοιολογική πυκνότητα (conceptual density) στη θεωρία και προσθέτει αυξανόμενα εννοιολογική συγκεκριμενοποίηση (conceptual density).

Η κωδικοποίηση (coding) δεν πρέπει να θεωρηθεί μια διαδικασία η οποία παράγει μερικές γενικές γνώσεις. Σκόπιμο είναι να χρησιμοποιείται για την επέκταση, τη μεταφορά, την επανα-εννοιολόγηση των δεδομένων επεκτείνοντας με τον τρόπο αυτό περισσότερες ποικίλες αναλυτικές πιθανότητες. Είναι σημαντικό η κωδικοποίηση να μην οδηγεί στην απλή και ντετερμινιστική ετικετοποίηση των δεδομένων (A. Coffey & P. Atkinson, 1996). Βέβαια, η αρχική λίστα (start-list) των κωδικών είναι αναγκαία και χρήσιμη για την έναρξη της κωδικοποίησης η οποία μπορεί να προκύψει από τη βιβλιογραφική μελέτη (M. Miles & A. Huberman, 1994), όπως επίσης και οι μεταβλητές-κλειδιά και οι έννοιες, ή ακόμα και από τις προσχεδιασμένες ερωτήσεις του ερευνητικού σχεδίου (S. Delamond, 1992).

Όταν επιτευχθεί η κωδικοποίηση, τα δεδομένα χρειάζονται να ερευνηθούν και συστηματικά να αναζητηθεί η παραγωγή νοήματος. Υπάρχει η πιθανότητα κατά την κωδικοποίηση και την επανοργάνωση των δεδομένων να χαθεί μια ποσότητα πληροφοριών. Το γεγονός αυτό στηρίζεται στο πόσο λεπτομερειακή είναι η κωδικοποίηση. Η απώλεια των πληροφοριών είναι μεγαλύτερη όταν δεν προχωράμε

⁵² Επαναλαμβανόμενες σχέσεις μεταξύ ιδιοτήτων και διαστάσεων των κατηγοριών.

από τη διαδικασία της κωδικοποίησης στη διαδικασία της διερεύνησης και στο πως οι κωδικοί και οι κατηγορίες σχετίζονται με τα δεδομένα, με άλλα δεδομένα, με θεωρητικές ιδέες, κλπ (A. Coffey & P. Atkinson, 1996, S. Delamond, 1992).

Δ.2.2.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ:

Πραγματοποιήθηκαν δεκαέξι συνεντεύξεις κατά τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο του 1999 στο Κέντρο Ανθρώπινης Αναπαραγωγής του Κωνσταντίνου Πάντου. Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμαίνεται μεταξύ δεκαπέντε λεπτών και σαράντα λεπτών. Δεν μαγνητοφωνήθηκαν όλες οι συνεντεύξεις λόγω άρνησης κάποιων γυναικών.

Παρακάτω παραθέτουμε τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων γυναικών ανα ηλικία, απασχόληση και στάδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Αριθμός συνέντευξης, Ηλικία, Απασχόληση, Στάδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης, αιτία υπογονιμότητας

- Γ1: 32, Οικιακά, παιδί με εξωσωματική γονιμοποίηση*⁵³, και οι δύο
 Γ2:42, Δημόσιος Υπάλληλος, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης*
 Γ3:39, Δημόσιο; Υπάλληλος, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, σύζυγος
 Γ4:28, Οικιακά, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση*, σύζυγος
 Γ5:35, Δημόσιος Υπάλληλος, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση, σύζυγος
 Γ6:32, Ιδιωτική Υπάλληλος, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση, ίδια
 Γ7:30, Οικιακά, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση
 Γ8:34, Δημόσιος Υπάλληλος, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση, ίδια
 Γ9:41, Δημόσιος Υπάλληλος, παιδί με εξωσωματική γονιμοποίηση, σύζυγος
 Γ10:25, Οικιακά, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, σύζυγος
 Γ11:38, Οικιακά, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης
 Γ12:34, Οικιακά, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ίδια
 Γ13:31, Οικιακά, στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ίδια
 Γ14:31, Δημόσιος Υπάλληλος, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση, σύζυγος
 Γ15:33, Οικιακά, εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση, και στους δύο
 Γ16:35, Εργάζεται στην επιχείρηση του συζύγου, εγκυμοσύνη με εξωσωματική, σύζυγος
 γονιμοποίηση

⁵³ Ο αστερίσκος δηλώνει τη μη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων έπειτα από επιθυμία των συγκεκριμένων ερωτώμενων γυναικών

Δ. 2.2.3 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Οι συνεντεύξεις ήταν ημι-κατευθυνόμενες. Παρότι υπήρχε λίστα ερωτήσεων, οι γυναίκες ήταν ελεύθερες να εκφραστούν με τον τρόπο που ήθελαν. Οι βασικοί άξονες των ερωτήσεων ήταν:

1. Ο τρόπος αντιμετώπισης και χειρισμού της αρχικής διαγνωστικής πληροφορίας της υπογονιμότητας (συμπεριφορά και ανακοίνωση της νέας κατάστασης σε άλλα άτομα)
2. Ο ορισμός της υπογονιμότητας μέσω των συνειρμικών λέξεων και τι αφορά (άτομο ή ζευγάρι)
3. Η αφομοίωση της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης και η συγκριτική αντιπαράθεση με την υιοθεσία
4. Η συσχέτιση της υπογονιμότητας με τη γυναικεία ταυτότητα και τη μητρότητα αλλά και η διαφοροποίηση γυναικείας και ανδρικής υπογονιμότητας
5. Η πρόσληψη της αντίδρασης της κοινωνίας τόσο στο θέμα της υπογονιμότητας όσο και στο θέμα της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Δ.2.2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Η στάση των γυναικών οι οποίες μετείχαν στη συνέντευξη αρχικά ήταν επιφυλακτική. Παρότι διασφαλιζόταν το απόρρητο των συνεντεύξεων και από τον διευθυντή του Κέντρου, μερικές γυναίκες ήθελαν περισσότερα στοιχεία για το είδος της έρευνας. Τονίσαμε ότι σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των απόψεων, των γνώμων και των εμπειριών γύρω από το θέμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της υπογονιμότητας. Επίσης, διευκρινίστηκε το γεγονός ότι δεν υπάρχουν λανθασμένες και σωστές απαντήσεις και ότι οποιαδήποτε θέση των γυναικών έχει ενδιαφέρον για την έρευνα.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι στην αποκάλυψη των συναισθημάτων και των απόψεων των γυναικών για την υπογονιμότητα αλλά και για τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης συνετέλεσε και το γεγονός του φύλου της συνεντεύκτριας. Ενώ αρχικά υπήρχε δυσπιστία, στην πορεία της συνέντευξης οι περισσότερες γυναίκες μετείχαν με περισσότερο ενθουσιασμό. Και αυτό αποδίδεται κατά ένα μέρος στη δυναμική των συνεντεύξεων η οποία περιστρέφεται γύρω από το φύλο της συνεντεύκτριας.

Δ.2.2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει ανα κατηγορίες και κατά ομάδες και στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι διασταυρώσεις των θεματικών των κατηγοριών που βρέθηκαν. Οι κατηγορίες οι οποίες προκύπτουν από τις βασικές ερωτήσεις της συνέντευξης:

- Ερμηνεία της υπογονιμότητας και ατεκνίας
- Ερμηνεία της εξωσωματικής και σύγκριση με τη διαδικασία της υιοθεσίας
- Η υπογονιμότητα ως ατομική υπόθεση ή υπόθεση ζευγαριού
- Συσχέτιση ανδρικής-γυναικείας υπογονιμότητας
- Η έννοια της μητρότητας
- Η αντίδραση της κοινωνίας

Σχετικά με την πρώτη κατηγορία, αυτή του ορισμού της υπογονιμότητας οι θεματικές οι οποίες προέκυψαν είναι οι εξής:

Α. Ορισμός

- **Δυσκολία** του να κάνει κανείς ένα παιδί (3)⁵⁴
- Να δώσω την **οργανική ή κοινωνική** προέκταση της υπογονιμότητας (2)
- **Προβλήματα** γονιμότητας στο ζευγάρι (5)
- **Δεν είναι αρρώστια**, δεν νομίζω ότι είναι αρρώστια (6)
- **Αδυναμία** του ατόμου να κάνει παιδί (8)
- Δεν μπορείς να κάνεις παιδί
- Έλλειψη πληθυσμού..., έλλειψη οικογένειας..., ανανέωση ζευγαριού.. (7)
- Είναι **επιστημονικός όρος** (11)
- Έχει **μπλοκάρει ο οργανισμός μας** και δεν θέλει να δώσει παιδάκια (12)
- Είναι πάρα πολύ αυξημένη η υπογονιμότητα, είναι η **αρρώστια των νέων** για μένα, που πρόσεξε όμως..υπάρχει φάρμακο και άμεσο, είναι η **αρρώστια της εποχής των νέων** που υπάρχει αντίδοτο, αρκεί να ενημερωθούν σωστά και να το κυνηγήσουν, να μην το παρατήσουν (13)
- είναι καθαρά **θέμα υγείας** αρχικά.. (14)
- Να μην μπορέσεις να..όταν και οι **δύο σύζυγοι δεν μπορούν να συλλάβουν**, δεν μπορούν να κάνουν παιδί (15)
- Πραγματικά, το θεωρώ **πρόβλημα** (16)

⁵⁴ Οι αριθμοί μέσα στις παρενθέσεις παρουσιάζουν τις ερωτώμενες γυναίκες.

Β. Αιτιολογία-Παράγοντες

- Οφείλεται (η υπογονιμότητα) είτε σε **οργανικούς** λόγους είτε σε **ψυχολογικούς** (3)
- Νομίζω ότι είναι και **άγχος** (6)
- Έχει πολλούς παράγοντες, δεν νομίζω ότι είναι μόνο ένας..είναι **ο τρόπος που ζούμε, το περιβάλλον που έχει αλλάξει, το ότι παντρευόμαστε σε μεγάλη ηλικία λόγω καριέρας, προσπαθούμε να κρατήσουμε παιδιά σε μεγάλη ηλικία** (9)
- Και τώρα η **φύση με εκδικείται** (12)
- Πολλά ζευγάρια έχουν πρόβλημα λόγω **άγχους**, λόγω **κακής διατροφής**.....πολύ άγχος που δεν τους βοηθάει να είναι ήρεμοι (14)

Από τον ορισμό διαπιστώνουμε ότι πρόκειται για έναν επιστημονικό όρο, ο οποίος περιλαμβάνει τα προβλήματα γονιμότητας στο άτομο (1, 8, 12) ή στο ζευγάρι (5,15) με αποτέλεσμα να “συλλάβουν” ή “κάνουν” παιδιά. Παρουσιάζει την οργανική και την κοινωνική διάσταση. Σχετικά με την πρώτη, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει διάσταση απόψεων σχετικά με το αν είναι αρρώστια (13) ή όχι (6) ή αποτελεί θέμα υγείας (14). Στην περίπτωση της “αρρώστιας της εποχής των νέων”, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η (13), υπάρχει φάρμακο, αντίδοτο με την προϋπόθεση να ενημερωθούν, να το κυνηγήσουν και να μην το παρατήσουν. Στο σημείο αυτό βλέπουμε τη συσχέτιση της υπογονιμότητας με το χώρο της ιατρικής και τη λύση των νέων μεθόδων γονιμοποίησης με το φάρμακο ή αντίδοτο όπως συναντάμε στις περιπτώσεις των ασθενειών. Παράλληλα, η δεύτερη διάσταση, η κοινωνική, θα μπορούσε να συσχετιστεί με την έλλειψη πληθυσμού την έλλειψη οικογένειας και την ανανέωση του ζευγαριού. Από μια άποψη, παρουσιάζονται οι συνέπειες της υπογονιμότητας σε ένα μακροεπίπεδο (υπογεννητικότητα) αλλά και σε ένα μικροεπίπεδο (έλλειψη οικογένειας). Η χρήση του όρου της οικογένειας με αυτή του ζευγαριού (7) μας παραπέμπει στο γεγονός ότι το ζευγάρι δεν αποτελεί οικογένεια χωρίς την ύπαρξη των παιδιών και ότι το ζευγάρι ανανεώνεται με την ύπαρξη των παιδιών.

Οι γυναίκες οι οποίες ασχολούνται με τα οικιακά, συσχετίζουν περισσότερο την υπογονιμότητα με «αρρώστια», «μπλοκάρισμα οργανισμού» και είναι «επιστημονικός όρος», ενώ προβάλλεται η εκδίκηση της φύσης.

Για τις εργαζόμενες, η υπογονιμότητα αποτελεί «ένα πρόβλημα», «δυσκολία», «αδυναμία» ενώ όσο αφορά την αιτιολογία της φαίνεται να διαχωρίζεται σε οργανικούς (τρόπος που ζούμε, το περιβάλλον έχει αλλάξει, κακή διατροφή),

ψυχολογικούς λόγους (άγχος) και κοινωνικοί (παντρευόμαστε σε μεγάλη ηλικία, προσπαθούμε να κρατήσουμε τα παιδιά σε μεγάλη ηλικία).

Όσο αφορά το σύνολο των συνειρμικών λέξεων τις οποίες ανέφεραν, αυτές θα μπορούσαν να καταταχθούν στις παρακάτω θεματικές:

Φύση : Πρόβλημα (1), Αδικία από το Θεό (10), Αδικία από τη Φύση (11), Στεριότητα-Ατεκνοποίηση (15), Στείρωση (7), Απόρριψη του να μην είσαι μητέρα (12)

Αιτιολογία : Τρόποι Ζωής (9), Άγχος (6)

Συνέπειες : Απελπισία (3), Ελπίδα (3), Οικονομικά και Ψυχολογικά Προβλήματα (4), Άγχος (4), Στρες (4), Ψυχολογία (13), Επιμονή (13), Ταλαιπωρία, Θλίψη (16)

Τρόποι επίλυσης : Εξωσωματική-Σπερματέγχυση (5)

Επιθυμητό Αποτέλεσμα : Παιδιά (9,12)

Παρατηρούμε ότι οι συγκεκριμένες θεματικές κατηγοριών μπορούν να αποτελέσουν άξονες ενός ορισμού στο σύνολο των συνειρμικών λέξεων που παρουσιάζονται. Πιο συγκεκριμένα, υπογονιμότητα είναι στεριότητα, στείρωση, ατεκνοποίηση ενώ αποτελεί ένα πρόβλημα και θεωρείται αδικία από το Θεό ή τη φύση και οδηγεί στην απόρριψη του να μην είσαι μητέρα. Η αιτιολογία εστιάζεται στον τρόπο ζωής και στο άγχος και οι συνέπειες είναι τα οικονομικά αλλά και τα ψυχολογικά προβλήματα (απελπισία, άγχος, στρες, ταλαιπωρία, θλίψη). Η ψυχολογία, η επιμονή και η ελπίδα αποτελούν και τους κινητήριους πυρήνες για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου που είναι το παιδί που πραγματοποιείται με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της σπερματέγχυσης.

Τα σημεία τα οποία είναι άξια παρατήρησης είναι τα εξής: στη θεματική της φύσης, ο χαρακτήρας της αδικίας (από το Θεό και από τη Φύση) αλλά και η απόρριψη του να μην είσαι μητέρα δίνονται από τις ερωτώμενες γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ο τρόπος με τον οποίο δικαιολογούν την κατάστασή τους είναι η απόδοση σε εξωγενείς παράγοντες ή γεγονότα (διαδικασίες απόδοσης του Robert Farr) (Παπαστάμου και Μαντόγλου, 1995). Επιπρόσθετα, η έννοια της μητέρας έχει βαρύνουσα σημασία για τις συγκεκριμένες γυναίκες. Η χρήση του ρήματος “είσαι” δηλώνει την ταυτότητα του ατόμου και συνεπώς η απόρριψη του να είσαι σημαίνει και την απόρριψη της ταυτότητας. Το σύνολο των αποδόσεων φαίνεται ότι προκύπτει στις γυναίκες οι

οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι οποίες ασχολούνται με τα οικιακά.

Τέλος, η αναφορά των μεθόδων μας παραπέμπει στο γεγονός ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αρχικά γίνεται κατανοητή στο πλαίσιο της σπερματέγχυσης, της μεθόδου γονιμοποίησης στην οποία κατέφευγαν τα ζευγάρια στην Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια. Συνεπώς βλέπουμε ότι η αναφορά σε προηγούμενα πλαίσια είναι η σπερματέγχυση και ότι η αφομοίωση της νέας μεθόδου ανθρώπινης γονιμοποίησης, αυτή της εξωσωματικής γίνεται πάνω στην πρώτη.

Όσο αφορά τη σύγκριση υπογονιμότητας-ατεκνίας, τα ερωτώμενα υποκείμενα απάντησαν ως εξής:

- ..όχι ταυτόσημες έννοιες, **η ατεκνία μπορεί να είναι επειδή το θέλεις εσύ ή κάποιο πρόβλημα που δεν έχεις παιδιά**. Η ατεκνία όταν δεν μπορείς να κάνεις παιδιά είναι το ίδιο με την υπογονιμότητα. (6)
- Αν **μια γυναίκα θέλει ένα παιδί** δεν υπολογίζει τίποτα. Έχει εξελεχθεί η επιστήμη και η γυναικολογία που υπάρχουν πάρα πολλοί μέθοδοι οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν μια γυναίκα να αποκτήσει ένα παιδί (7)
- πιστεύω ότι είναι **διαφορετικό** (8)
- σε καμία περίπτωση (η υπογονιμότητα και η ατεκνία δεν είναι ταυτόσημες έννοιες). Τα **ζευγάρια που δυσκολεύονται να κάνουν παιδιά μπορούν, έχουν κάποιες δυνατότητες, τους δίνει η επιστήμη τις δυνατότητες**. (Το ατεκνία παραπέμπει) σε ανθρώπους που **δεν έχουν φυσιολογικά τη δυνατότητα, σίγουρα έχουν κάποια ιδιορρυθμία**. (9)
- Άτεκνος; Ξέρω εγώ; **Στην υπογονιμότητα νομίζω ότι έχεις μια πιθανότητα να κάνεις παιδί με κάποιους τρόπους** (14)
- Μια γυναίκα **μπορεί να είναι άτεκνη γιατί θέλει να είναι άτεκνη**. Και κάποια ζευγάρια που δεν θέλουν να αποκτήσουν παιδί. Δε νομίζω ότι έχει σχέση με την υπογονιμότητα (16)

Στο σημείο αυτό παρατηρούμε ότι παρότι η (6) παρουσιάζει τον ολοκληρωμένο ορισμό της ατεκνίας (α+τεκνία=απουσία τέκνων, παιδιών), περιλαμβάνοντας τόσο την εκδοχή της θέλησης όσο και την εκδοχή του προβλήματος που δεν έχει κάποιος παιδιά. Εν τούτοις, η ατεκνία (στο σύνολο των υπολοίπων απαντήσεων) παραπέμπει στη θέληση κάποιου/ας να μείνει άτεκνος/η, χαρακτηρίζοντάς την και ως ιδιορρυθμία. Η ύπαρξη των “πιθανοτήτων” ή και των “δυνατοτήτων” που δίνονται από την επιστήμη, το γεγονός αυτό και μόνο αποτελεί διαχωριστική γραμμή μεταξύ

ατεκνίας-υπογονιμότητας. Ο συνδυασμός της θέλησης και της επιστήμης παρουσιάζεται από ερωτώμενη γυναίκα νοικοκυρά.

Κατά συνέπεια, παρατηρούμε ότι η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, της νέας επιστημονικής μεθόδου ανθρώπινης αναπαραγωγής, έχει εισέλθει στον κόσμο των υπογόνιμων ζευγαριών και συνεπώς και στην ερμηνεία της υπογονιμότητας. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να αναζητηθεί ο τρόπος με τον οποίο γίνεται κατανοητή η νέα μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι θεματικές οι οποίες θα παρουσιαστούν αφορούν τον ορισμό, τον σκοπό, την αξιολογική κρίση της νέας μεθόδου, τη θέση που τα ίδια τα ερωτώμενα υποκείμενα έχουν αλλά και τις θεματικές οι οποίες απορρέουν από τη συγκριτική διαδικασία της νέας επιστημονικής μεθόδου με αυτή της υιοθεσίας, το οποίο αποτελεί το αμέσως επόμενο στάδιο για την απόκτηση του ενός παιδιού.

Στην πρώτη φάση, διαπιστώνουμε ότι οι υπο-θεματικές αφορούν τον ορισμό της εξωσωματικής, τον τρόπο με τον οποίο τον χαρακτηρίζουν και σε τι αποσκοπεί.

A. Ορισμός εξωσωματικής γονιμοποίησης

- **Σωστή μέθοδος** αυτή τη στιγμή και λύνει το πρόβλημα της υπογονιμότητας (1)
- Βέβαια είδα ότι υπάρχουν πολλά στάδια πριν φτάσεις στην εξωσωματική αλλά **είναι ένας τρόπος για να αποκτήσει ένα ζευγάρι ένα παιδί** (7)
- Άκουγα από τις τηλεοράσεις πως με την εξωσωματική γονιμοποίηση **γεννιούνται τρία, τέσσερα, πέντε, έξι παιδιά** (8)
- Κατά αρχάς είναι η **μόνη λύση** που υπάρχει στην περίπτωσή μας έχουμε δοκιμάσει όλα πριν το τελευταίο στάδιο (10)
- Πιστεύω ότι είναι η **μόνη λύση** που αυτή τη στιγμή μπορούν όλα τα ζευγάρια που έχουν πρόβλημα να ακολουθήσουν, γιατί βλέπεις μέρα με την ημέρα υπάρχουνε άνθρωποι που μπορούν να ακολουθήσουν, δηλαδή δεν υπάρχει για μένα αυτή τη στιγμή ζευγάρι με πρόβλημα, οτιδήποτε και αν είναι αυτό, που να μην μπορείς να το ξεπεράσεις, ακόμα και αν δεν έχεις σπέρμα έχουν γίνει παιδιά από γνωστούς μου που ξέρω (13)
- Είναι ο **τρόπος που συλλαμβάνει μια γυναίκα όχι με το φυσιολογικό τρόπο αλλά με τεχνητό** (15)
- Είναι ένα **θαύμα** κατά κάποιο τρόπο (16)

B. Σκοπός

- Γίνεται αυτό που θες, δηλαδή να **αποκτήσεις ένα παιδί** (1)
- Θέλω να κάνω εξωσωματική διότι θα **μείνω έγκυος** (6)

- Και χρειαστήκαμε κάποιο χαπάκι για ωορρηξία που λένε και από εκεί **προήλθε η κύηση** (7)
- Πιστεύω ότι χωρίς την εξωσωματική, δεν θα μπορούσαμε όλα τα ζευγάρια που έχουν κάποιο πρόβλημα **να αποκτήσουν ένα παιδί** (16)

Παρατηρούμε ότι ο σκοπός της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η κύηση (6,7) και κατά επέκταση η απόκτηση ενός παιδιού (1,16).

Επιπρόσθετα, διαπιστώνουμε ότι στον ορισμό, οι απαντήσεις (10,13) παρουσιάζουν ομοιότητα (μόνη λύση) αλλά και διαφορά στην προοπτική. Στην περίπτωση της (10), η αναφορά του τελευταίου σταδίου και της δοκιμής των όλων πριν αυτού, μας κατευθύνει στη σκέψη της εσχάτης κίνησης και της όχι τόσο θετικής προσέγγισης προς τη μέθοδο αυτή. Στην περίπτωση όμως της (13), η αναφορά σε «όλα τα ζευγάρια που παρουσιάζουν οποιοδήποτε πρόβλημα μπορούν να το ξεπεράσουν» -ακόμα και αν δεν έχεις σπέρμα, το οποίο μάλλον θεωρείται ως τη χειρότερη εκδοχή προβλημάτων υπογονιμότητας- μας κατευθύνει στη σκέψη της αποδοχής και της θετικής προσέγγισης της μεθόδου αυτής. Με άλλα λόγια, παρότι η θέση και των δύο γυναικών είναι η ίδια, δηλαδή ότι αποτελεί τη μόνη λύση, εν τούτοις η στάση διαφοροποιείται εφόσον στηρίζονται σε διαφορετικές απόψεις.

Γ. Εκτίμηση-Αξιολόγηση

- ...και δεδομένου ότι δεν υπάρχει και μεγάλο πρόβλημα, αν εξαιρέσουμε το πρόβλημα του σπέρματος, ίσως εάν είχα κάποιο κάποιο μεγαλύτερο πρόβλημα να μην έμπαινα καθόλου στον **πειρασμό** της εξωσωματικής γονιμοποίησης, όχι ότι διαφωνώ, με τίποτα δε διαφωνώ, θα ήθελα την εξωσωματική και για ψυχολογικούς λόγους αλλά για μένα δεν είναι τόσο κοντά στην ψυχολογία μου και γιαυτό δυσκολεύτηκα. **Ότι είναι καινούριο είναι καλό και βοηθάει τον κόσμο** (3)
- Οι μήνες της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι **αγχώδεις** (4)
- **Όχι φυσιολογική κύηση** / Στα οχτώ χρόνια προσπάθειας έχει επέλθει η **φθορά, η ψυχολογική κούραση και η συναισθηματική πίεση λόγω στεναχώριας** (5)
- Πριν από ένα χρόνο, δεν είχα ξαναπάει σε γυναικολόγο, έκανα κάποια τεστ, αυτά τα τεστ που δίνουν στα φαρμακεία αλλά ύστερα έβλεπα ότι δεν υπάρχει λόγος να στηρίζομαι σε τέτοια πράγματα ήθελα κάτι **πιο επιστημονικό κάτι πιο ουσιώδες** (7)
- **Πολύ επώδυνη**, με την έννοια εγώ σας λέω ότι είναι η τέταρτη φορά πάλι, με είχε αγχώσει πάρα πολύ / Με είχε **αγχώσει** και δεν είναι το θέμα ότι είχα κουραστεί απλώς δεν μπορούσα να κάθομαι σε αυτές τις ενέσεις..δεν με ενδιέφερε τίποτα άλλο..Δε σκεφτόμουν κάτι άλλο..απλώς ο πόνος, τις ενέσεις, η αγωνία μετά και τι θα γίνει και πως

θα πάρουν το ωάριο..όλη αυτή η διαδικασία και ήταν τέσσερις φορές..έχω ακούσει γυναίκες που κάνουν πολύ περισσότερες (8)

- **Το κύκλωμα των γιατρών** που ασχολούνται με την υπογονιμότητα πιστεύω ότι **είναι πολύ βρώμικο** και δεν υπολογίζουν το ζευγάρι, εξαίρεση είναι ο κύριος...αλλά το κύκλωμα αυτό είναι πολύ άσχημο, πολύ άσχημο (9)
- Τα ζευγάρια πρέπει να προσπαθούν, πρέπει.../ και πιστεύω επειδή ακούω **τα ποσοστά επιτυχίας είναι μεγάλα στην Ελλάδα**, ποντάρω και εγώ ότι θα με βοηθήσει (10)
- Ήδη υπάρχουν πολλά ζευγάρια που ήταν πιθανότητα μηδέν να κάνουν στη ζωή τους παιδιά και δεν είχαν όπως το δικό μου πρόβλημα, σάλπιγγα που μπορεί κάποια στιγμή να λειτουργήσει, είναι πρόβλημα σπέρματος που ξέρω ότι όταν έχεις μηδέν ή πέντε χιλιάδες ας πούμε σπερματοζωάρια, δεν υπάρχει περίπτωση, ή ήξερα περίπτωση που δεν είχαν καθόλου. Και όμως **με τη βοήθεια της εξωσωματικής αποκτήσανε παιδιά** (13)
- Η **ιστορία αυτή της εξωσωματικής είναι ψυχοφθόρα**, δηλαδή σε τρελαίνει .Ζεις άλλα πράγματα, συνέχεια έχεις στο μυαλό σου αυτό, ακόμα και σεξ που κάνεις στο μυαλό σου έχεις αυτό. Όλο σου το είναι αυτό, από το πρωί μέχρι το βράδυ σκέφτεσαι αυτό, να ενημερωθείς πάνω σε αυτό, πως θα γίνει ένα παιδί, υπάρχει άλλος τρόπος; τι να κάνω; εγώ πάλι ξέρω τις λεπτομέρειες από όλα τα βιβλία, δηλαδή έχω μάθει τα πάντα, πράγματα που μπορεί να μιλάω με γυναικολόγους και να καταλαβαίνω τι μου λένε. Αυτό είναι και καλό και κακό βέβαια. Χίλιες φορές να μην ήξερα τίποτα. Γιατί τώρα που ξέρω, ξέρω και σε τι κατάσταση είμαι, που βρίσκομαι. Αλλά η **εμπειρία της εξωσωματικής είναι πάρα πολύ άσχημη**, ότι περνάει η γυναίκα μέχρι να φτάσει τελικά το επιθυμητό αποτέλεσμα. Το χειρότερο δε, είναι δεκατέσσερις μέρες μετά την εμβρυομεταφορά, πάρα πολύ άσχημες, η αγωνία αυτή είναι δεν είναι, άσε όταν σου έρθει περίοδος..είναι πάρα πολύ άσχημο, χάνονται όλα από μπροστά σου, λες και πάει αυτή τη φορά, πάνε οι ελπίδες μου, δεν ξέρεις πια τι να περιμένεις...σε προσγειώνει διαφορετικά γιατί κάθε κύκλος είναι διαφορετικός, ενημερώνεσαι και μαθαίνεις καινούρια πράγματα αλλά πάντα περιμένεις ότι θα είναι τέλειος...πιστεύω ότι παίζουν ρόλο πάρα πολλά, είναι οι συμπτώσεις είναι η φύση που παίζει ρόλο, είναι πάρα πολλά(13)
- Το επηρεάζει γιατί είναι μια σοβαρή απόφαση, μετά από κάποια χρόνια γάμου, πιστεύω **δεν αποφασίζει κανείς να μπει στη διαδικασία της εξωσωματικής** εάν πραγματικά δεν θέλει ένα παιδί.....Πιστεύω ότι υπάρχουν και συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι (16)

Παρατηρούμε ότι η θετική εκτίμηση και αξιολόγηση η οποία προβάλλεται ως το γεγονός ότι είναι καινούριο και βοηθάει τον κόσμο (3), Επίσης, οι νοικοκυρές χαρακτηρίζουν την εξωσωματική γονιμοποίηση ως κάτι «πιο επιστημονικό και ουσιώδες» (7), «τα ποσοστά επιτυχίας στην Ελλάδα είναι μεγάλα» (10) αλλά και υπάρχει η δυνατότητα απόκτησης παιδιών με πιθανότητα μηδέν (περίπτωση προβλήματος σπέρματος) να κάνουν στη ζωή τους παιδιά (13).

Η αρνητική εκτίμηση προκύπτει είτε από την αξιολόγηση του συστήματος, «μη φυσιολογική κύηση» (5), «το κύκλωμα των γιατρών είναι βρώμικο και πολύ άσχημο και δεν υπολογίζουν το ζευγάρι» (9), η οποία παρουσιάζεται κυρίως από τις εργαζόμενες, είτε από τις αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, «ότι υπάρχουν συγκρούσεις στο ζευγάρι» (16) και στο γεγονός της «αγχώδους, άσχημης και

ψυχοφθόρας διαδικασίας και της στεναχώριας που οδηγούν στη φθορά, στην ψυχολογική κούραση και στη συναισθηματική πίεση» (4, 5, 8, 13). Η τελευταία αφορά τη γυναίκα η οποία ζει άλλα πράγματα, συνέχεια από το πρωί ως το βράδυ έχει στο μυαλό της να ενημερωθεί για το πώς θα κάνει παιδί -ακόμα και όταν κάνει σεξ-, ο πόνος, οι ενέσεις, η αγωνία πως θα πάρουν τα ωάρια, η αγωνία μετά την εμβρυομεταφορά, η απώλεια ελπίδων σε περίπτωση εμφάνισης περιόδου, η ενημέρωση και η μάθηση από κάθε κύκλο, η προσδοκία ότι ο επόμενος κύκλος θα είναι “τέλειος”. Αυτό που επηρεάζει είναι οι συμπτώσεις και η φύση μεταξύ των άλλων.

Δ. Αντίδραση

- όχι ότι διαφωνώ, με τίποτα δε διαφωνώ, θα ήθελα την εξωσωματική και για ψυχολογικούς λόγους αλλά για μένα δεν είναι τόσο κοντά στην ψυχολογία μου και γιαυτό δυσκολεύτηκε / Δεν την ήθελα, επειδή δεν μου αρέσει στη ζωή να είμαι βολεμένη, δεν θέλω καλά και σώνει να πετυχαίνω πράγματα, επειδή έτσι θέλω, να υπάρχει μια γλύκα στα πράγματα όχι ότι καλά και σώνει επειδή θέλω να κάνω αυτό να κάνω αυτό, δεν είμαι δηλαδή εγωίστρια, και δεν ήθελα να κάνω εξωσωματική, και ένιωθα ότι αφού δεν μπορούμε τελικά να κάνουμε παιδάκι, να υιοθετήσουμε ένα παιδάκι, να κάνουμε κάτι άλλο...Εν τω μεταξύ είμαι και λίγο φοβιτσιάρα με όλα αυτά τα φάρμακα και τέτοια..και την απέφευγα αλλά είναι αυτό το όχι της ζωής που θα σε βασανίζει πάρα πολύ (3)
- Και η μόνη λύση ήταν η εξωσωματική, δεν ήθελα εγώ εξωσωματική με τίποτα..και ήμουν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση (8)
- ο άντρας μου δεν ήθελε με τίποτα εξωσωματική στην αρχή, και εγώ δεν ήθελα αλλά ήταν στα τελευταία το είχα αφήσει τελευταίο, όπως σας είπα πριν δεν ήθελα ούτε εκείνος..αλλά εντάξει..μήπως μπορεί να γίνει κάτι, να εξαντληθούν όλα τα περιθώρια πριν την εξωσωματική (8)
- Βέβαια, αυτό δε σημαίνει ότι όταν μπήκαμε και στη διαδικασία της εξωσωματικής, δεν υπήρχε κάποια δυσανεμία. Δεν είναι εύκολο να κάνεις εξωσωματική. Εμάς δεν είναι η πρώτη μας (16)

Όπως παρατηρείται η αρχική αντίδραση των γυναικών αλλά και των συζύγων τους είναι αρνητική όσο αφορά την υιοθέτηση της μεθόδου αυτής. Η αιτιολογία εστιάζεται τόσο στην εξάντληση των περιθωρίων πριν από αυτή (8), στο ότι δεν είναι εύκολο να κάνεις εξωσωματική (16), ότι υπάρχει φόβος για τα φάρμακα και στο γεγονός ότι είναι εγωιστικό (3). Η θετική αιτιολογία για την υιοθέτηση της μεθόδου είναι το “όχι” της ζωής που βασανίζει πολύ (3).

Ε. Σύγκριση Εξωσωματικής Γονιμοποίησης-Υιοθεσίας

- Όταν με μια εξωσωματική δεν γίνεται τίποτα θα σκεφτώ την άλλη αντιμετώπιση (10)
- Και στα δύο θετική (εξωσωματική γονιμοποίηση-υιοθεσία). Στην εξωσωματική απλά είναι δικό σου το παιδί / Και στην υιοθεσία πάλι δικό σου γίνεται το παιδί, απλά ξέρεις συνειδητά ότι δεν είναι δικά σου τα ωάρια (12).
- Εξωσωματική, να εξαντλήσω όλα τα περιθώρια της εξωσωματικής, μόνο αν μου πούνε οι γιατροί δεν μπορείς, ούτε εξωσωματική να κάνεις, έχεις τελειώσει, και από εκεί. Αλλά να μου το πούνε πέντε-δέκα γιατροί που θα έχω πάει. Μόλις μου πούνε ότι τέρμα δε γίνεται ούτε εξωσωματική, ΤΟΤΕ θα το σκεφτώ. Όσο μπορώ να εξαντληθώ ακόμα παραπάνω σε κάτι δικό μου που μπορώ ακόμα και ωάρια έχω και σπέρμα υπάρχει, το θέμα είναι στα όργανα, εάν δεν είχα ωάρια δεν ξέρω τι θα έκανα. Με ενδιαφέρει να αποκτήσω κάτι δικό μου. Όταν μου πούνε οι γιατροί τελείωσε δεν γίνεται τίποτα τότε μπορεί ίσως να το σκεφτώ (13)
- Θάθελα να είχα ένα παιδί δικό μου, μετά θα μπορούσα να υιοθετήσω, αλλά θα ήθελα ένα δικό μου. Έτσι, ήθελα να νιώσω αυτή τη χαρά της μάνας, να μεγαλώνει μέσα μου, δεν ξέρω εάν αυτό είναι εγωιστικό και το έχουμε συζητήσει με τον άντρα μου. (14)
- Οπωσδήποτε η εξωσωματική είναι καλύτερη από το να υιοθετήσεις ένα παιδί. Στον παράγοντα το να έχεις δικό σου σπέρμα και δικό σου ωάριο, και πάλι το να έχεις και ξένο σπέρμα και ξένο ωάριο και πάλι καλύτερα είναι γιατί το γεννάς το παιδί, τώρα σε κάτι περιπτώσεις που έχεις δικό σου σπέρμα και ωάριο αλλά δεν μπορείς να τεκνοποιήσεις, η μήτρα δεν μπορεί καθόλου να συλλάβει, και στο τεκνοποιεί μια άλλη, είναι βέβαια καλύτερο αυτό από το να υιοθετήσεις. Όταν δεν υπάρχει καμία περίπτωση, όταν στο αποκλείσουν, με εξωσωματική να κάνεις, αφού υπάρχει η εξωσωματική, εντάξει να υιοθετήσεις. Αλλά εφόσον σου δίνεται η δυνατότητα με την εξωσωματική, για ποιο λόγο;..είναι πενήντα, πενήντα πέντε, εξήντα χρονών γυναίκες, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να τεκνοποιήσεις, αυτή η γυναίκα, μια τέτοια γυναίκα μπορεί να κινδυνέψει η ζωή της. Έτσι δεν είναι; Ανα πάσα στιγμή στην εγκυμοσύνη. Οι μεγάλες σε ηλικία γυναίκες εγώ πιστεύω ότι είναι προτιμότερο να υιοθετούν. Προκειμένου να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους και του παιδιού που έχουν μέσα του, γιατί είναι πολύ μεγάλη η ηλικία, ορμονικά προβλήματα και άλλοι παράγοντες πολλοί...νομίζω από πενήντα χρονών και πάνω, ας αφήσουμε τα πενήντα, από πενήντα και πάνω, νομίζω ότι είναι καλύτερα να υιοθετήσουν (15)
- Μέχρι τώρα είχαμε πει με τον σύζυγο να κάνουμε υιοθεσία, να υιοθετήσουμε ένα παιδάκι, αλλά τώρα που έμεινα έγκυος, άλλαξαν τα πράγματα, νιώθω τελείως διαφορετικά. Αν μου λέγατε να τα συγκρίνω πριν πέντε μήνες δε διαφέρει σε τίποτα να υιοθετήσεις ένα παιδί από το να κάνεις ένα δικό σου. Τώρα αισθάνομαι διαφορετικά. Όταν μεγαλώνει ένα παιδί μέσα σου, τα συναισθήματα είναι διαφορετικά, τελείως διαφορετικά. Νιώθω πιο έντονα συναισθήματα. Νιώθω ότι είναι ένα κομμάτι δικό μου, του συζύγου μου, είναι κάτι από εμάς. Και ο σύζυγός μου και εγώ αν πριν πέντε μήνες υιοθετούσαμε ένα παιδί, δεν νομίζω ότι θα το ξεχωρίζαμε από το αν ήταν δικό μας ή όχι (16)

Υιοθεσία

- Είναι δύσκολη η επιλογή της υιοθεσίας. Και από άλλα ζευγάρια το γνωρίζει ότι δεν υπάρχουν παιδιά προς υιοθεσία παρά μόνο άτομα με ειδικές ανάγκες (2)
- Μια υιοθεσία θυμίζει πάντα μια καλή πράξη...η υιοθεσία μου φαίνεται καλύτερη από την εξωσωματική για ηθικούς λόγους και πιο φιλοσοφικούς, δηλαδή θα ήταν πιο σωστό κάποιος να πάρει ένα παιδάκι να το μεγαλώσει παρά να θέλει καλά και σώνει να κάνει ένα δικό του παιδί, που στο κάτω-κάτω θα είναι και η εμπειρία. Είναι και κάπως εγωιστικό όλη αυτή η ιστορία καλά και σώνει να κάνεις παιδί..ε και τι έγινε, κάπως έτσι δηλαδή (3)
- Δεν θα επέλεγε ποτέ τη δυνατότητα υιοθεσίας διότι επιθυμεί να κάνει δικά της παιδιά (5)
- Εγώ δεν σκέφτηκα ποτέ να υιοθετήσω. Ο φόβος ότι κάποτε θα το μάθει, κάποτε θα βρεθούν οι γονείς...(6)
- Είναι πολύ σοβαρή η υπόθεση της υιοθεσίας. Βέβαια όταν θέλεις ένα παιδί δεν το υπολογίζεις αυτό αλλά υπάρχουν και άλλοι παράγοντες στην υιοθεσία δηλαδή δύσκολα οι παλιότεροι θα δεχτούν ένα καινούριο μέλος στην οικογένεια επειδή είναι δικό τους, δεν είναι αίμα τους, βέβαια όταν θέλουν ένα εγγόνι, όταν θέλουν να υπάρχει μια συνέχεια αυτό δεν το υπολογίζουν, προτιμούν να αγαπήσουν ένα καινούριο μέλος, ένα παιδί το δέχονται, αλλά είναι μια σημαντική απόφαση παρόλα ταύτα (7)
- Είναι διαφορετικό να κάνεις δικό σου παιδάκι, διαφορετικό...δεν το απορρίπτω, και εγώ το είχα στο μυαλό μου κάποιες στιγμές όταν δεν τα κατάφερνα, θα υιοθετούσα ένα παιδάκι, αλλά πιστεύω ότι είναι καλύτερα να έχεις ένα δικό σου παιδάκι (9)
- Δεν τη δέχεται λόγω έλλειψης παιδιών και είναι πολύ δύσκολο να υιοθετήσει κανείς σήμερα παιδιά λόγω των αυξημένων απαιτήσεων από τις υπηρεσίες που αναλαμβάνουν υιοθεσίες (11)
- Θέλουμε να υιοθετήσουμε παιδιά και μάλιστα πεινασμένα παιδιά από την Αφρική, άσχετα εάν κάνω ένα, δύο παιδιά δικά μου. Αλλά θέλω και άλλα παιδιά.(14)

Παρατηρούμε ότι η επιλογή της εξωσωματικής γονιμοποίηση σε σχέση με την υιοθεσία στηρίζεται στο βασικό πλεονέκτημα του ότι “το παιδί είναι δικό σου”, ότι νιώθει η γυναίκα “αυτό που νιώθουν όλες οι γυναίκες ότι μπορείς να φέρεις στον κόσμο ένα παιδί”, ότι νιώθει “τη χαρά της μάνας”, “νιώθει ότι μεγαλώνει μέσα σου”, νιώθει ότι “είναι ένα κομμάτι δικό μου, του συζύγου μου” και επίσης ότι “τα συναισθήματα είναι πιο έντονα”. Η μόνη περίπτωση που πιστεύεται ότι πρέπει να καταφεύγει το άτομο στην υιοθεσία είναι αυτή των γυναικών (πενήντα, πενήντα πέντε, εξήντα χρόνων) διότι υπάρχει κίνδυνος να τεκνοποιήσεις, μπορεί να κινδυνέψει η ζωή της και αυτή του παιδιού που έχουν μέσα τους αλλά και λόγω ορμονικών παραγόντων.

Εν τούτοις, η ερωτώμενη γυναίκα (15) παρουσιάζει μερικές περιπτώσεις της εξωσωματικής γονιμοποίησης (δικό σου σπέρμα-δικό σου ωάριο και η γυναίκα να τεκνοποιήσει), (ξένο σπέρμα, ξένο ωάριο και η ίδια να τεκνοποιήσει), (δικό σου σπέρμα, δικό σου ωάριο-άλλη γυναίκα να τεκνοποιήσει) ως περιπτώσεις καλύτερες από την υιοθεσία. Η χρήση λοιπόν του γενετικού υλικού του ζευγαριού ή η τεκνοποίηση από τη γυναίκα του ζευγαριού αποτελούν στοιχεία θετικής αξιολογικής κρίσης σε σχέση με την υιοθεσία. Το τελευταίο βέβαια μπορεί να φέρει τον προβληματισμό σε ότι αφορά τη νοσηματοδότηση του “δικού μου παιδιού” εφόσον το γενετικό υλικό δεν είναι του ζευγαριού ή την αίσθηση της μάνας εφόσον υπάρχει η δυνατότητα της τεκνοποίησης από άλλη γυναίκα. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι οι περισσότερες νοικοκυρές (τρεις από τις τέσσερις) δέχονται την υιοθεσία σε περίπτωση που δεν θα μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί με την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Σχετικά με την υιοθεσία, υπήρξε διττή θέση και στάση. Από τη θετική, η υιοθεσία θυμίζει μια καλή πράξη (ηθικοί και φιλοσοφικοί λόγοι, θέμα εμπειρίας και εγωιστική η στάση του να κάνεις ένα παιδί) ή υπάρχει η θέληση για πολλά παιδιά. Από την αρνητική, η επιλογή της είναι δύσκολη, η υπόθεση είναι σοβαρή, η απόφαση σημαντική και συνεπώς δεν θα την επέλεγαν, δεν τη σκέφτηκαν, ή δεν τη δέχονται.

Είναι σκόπιμο να σημειώσουμε ότι οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης προβάλλουν τους λόγους σχετικά με έλλειψη παιδιών προς υιοθεσία παρά άτομα με ειδικές ανάγκες και των αυξημένων απαιτήσεων από τις υπηρεσίες που αναλαμβάνουν τις υιοθεσίες, στοιχείο το οποίο δεν ανιχνεύεται στις άλλες ομάδες των γυναικών.

Επίσης, ο λόγος της “συνέχειας” και του “αίματος” αποτελεί κριτήριο αποδοχής του νέου μέλους στην οικογένεια από τους παλιούς αλλά και ο φόβος ότι κάποτε θα το μάθει, κάποτε θα βρεθούν οι γονείς, υποστηρίζουν την αρνητική θέση και στάση προς την υιοθεσία.

Σχετικά με την ερώτηση αν η υπογονιμότητα είναι υπόθεση ατομική ή του ζευγαριού, οι απαντήσεις έχουν ως εξής:

A. Ατομική Υπόθεση

- (7,12,15)
- Για να είναι κάποιος υπογόνιμος, θα πρέπει να μην έχει τίποτα στον οργανισμό του. Βέβαια μπορεί να μην είναι στην νορμάλ κατάσταση που όλοι ξέρουμε για να αποκτήσει ένα παιδί αλλά έτσι όπως είναι τώρα η επιστήμη υπάρχουν στοιχεία στον οργανισμό της κάθε γυναίκας που τη βοηθούν να αποκτήσει ένα παιδί (7)
- Αυτές οι έννοιες παίζονται γιατί δεν ξέρεις αν φταίνε και οι δύο ή αν φταίει μόνο ο ένας. Γιατί αν πω ότι αυτό το ζευγάρι είναι υπογόνιμο, εάν φταίει ο άντρας και δεν φταίει η γυναίκα ή εάν δεν φταίει ο άντρας και φταίει η γυναίκα, δε γίνεται (15)

B. Υπόθεση Ζευγαριού

- (1,2,3,4,5,6,8,9,10,13,16)
- Το πρόβλημα αφορά και τους δύο, έχουν άγχος και τρέχουν και οι δύο (4)
- Είναι υπόθεση ζευγαριού. Ότι πρέπει να έχεις μια **στήριξη** πρέπει να την έχεις οπωσδήποτε, δηλαδή όταν φτάνεις σε τέτοιο σημείο και θέλεις οπωσδήποτε να κάνεις παιδί και θα υποστείς όλη αυτή την ιστορία, την ταλαιπωρία, αν δεν έχεις υποστήριξη, ναι μεν μπορεί να τα βγάλεις πέρα άμα είσαι δυνατός άνθρωπος μπορείς να τα βγάλεις πέρα μόνος σου. Ξέρω μια γυναίκα η οποία θα κάνει εξωσωματική που ακούω από τις τηλεοράσεις που παίρνουν σπέρμα από τράπεζες και τα λοιπά χωρίς να υπάρχει σύζυγος, κάποιος άνθρωπος δικός τους, είναι δυνατόι αυτοί οι άνθρωποι αλλά πιστεύω ότι αυτοί οι άνθρωποι μέσα τους θέλουν κάποιον άνθρωπο δίπλα τους, να τους συμπαρασταθεί, να τους βοηθήσει (8)
- Υπογόνιμο ζευγάρι μάλλον. Αν έχει πρόβλημα είτε ο ένας είτε ο άλλος **μπορούν να ξεπεραστούν** (9)
- Υπογόνιμο Ζευγάρι. Βέβαια, **γιατί το πρόβλημα είναι κοινό**, δεν υπάρχει δικό μου, δικό σου, έτσι το νομίζω εγώ τουλάχιστον (10)
- Υπόθεση ζευγαριού. Γιατί στο λέω, στην περίπτωση τη δικιά μου και οι δύο μας αφορά το πρόβλημα, και οι δύο είμαστε αίτιοι, μπορεί εγώ να έχω το πρόβλημα αλλά βλέπεις ότι **συναινεί και εκείνος, με στηρίζει** και αυτό με κάνει να νιώθω ότι δεν είμαι μόνη μου. Νομίζω ότι παίζει ρόλο αυτό σε ένα ζευγάρι, να πιστεύει η γυναίκα ότι είναι μόνη της ότι δεν την ακολουθεί πουθενά, πολλές φορές της ρίχνει και ευθύνες. Είναι πολύ βασικό και στην ψυχολογία της γυναίκας και στην εξωσωματική που θα κάνει να έχει δίπλα της το σύζυγο και να αντιμετωπίζουν μαζί το πρόβλημα είτε το έχει εκείνη είτε το έχει αυτός (13)
- Υπογόνιμο ζευγάρι φυσικά. Πιστεύω ότι το πρόβλημα είτε το έχει ο σύζυγος είτε το έχει η σύζυγος **είναι μέσα στο ζευγάρι, από κοινού να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα** (16)

Η υπόθεση του ζευγαριού φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται μέσα από τις απαντήσεις των περισσότερων γυναικών. Η υποστήριξη, η συμπαράσταση, η βοήθεια από τους συζύγους αλλά και η από κοινού αντιμετώπιση, το κοινό πρόβλημα, το άγχος που

έχουν και οι δύο και ότι τρέχουν και οι δύο. Η γυναίκα (20) ισχυρίζεται ότι στο ζευγάρι παίζει ρόλο αν η γυναίκα δεν είναι μόνη της, ότι δεν την ακολουθεί (ο σύζυγος) πουθενά και όταν δεν της ρίχνει ευθύνες. Η “ιστορία” και η “ταλαιπωρία” της εξωσωματικής γονιμοποίησης, την οποία δέχονται να υποστούν οι γυναίκες, απαιτεί τη συμπαράσταση του δικού τους ανθρώπου.

Φαίνεται ότι όταν το πρόβλημα υπογονιμότητας το φέρει ο άντρας, η σύζυγος εκφράζει την υπόθεση του υπογόνιμου ζευγαριού και την από κοινού αντιμετώπιση του προβλήματος. Όσο το πρόβλημα υπογονιμότητας το φέρει η γυναίκα, τότε η ίδια αναζητά τη συμπαράσταση και τη στήριξη του άντρα της (8),(13).

Ο αντίλογος, αυτός της υποστηρικτικής θέσης, αυτής δηλαδή του ατόμου, εστιάζεται στην οργανική κατάσταση του υπογόνιμου ατόμου (θα πρέπει να μην έχει τίποτα στον οργανισμό του..μπορεί να μην είναι στην νορμάλ κατάσταση) ενώ υποστηρίζεται ότι υπάρχουν στοιχεία στον οργανισμό της γυναίκας βοηθούν τη γυναίκα να αποκτήσει παιδί.

Συμπερασματικά, η υπογονιμότητα αφορά το άτομο αλλά είναι υπόθεση του ζευγαριού. Ανεξάρτητα της αιτιολογίας, γυναικείας ή ανδρικής υπογονιμότητας, η γυναίκα είναι εκείνη η οποία λαμβάνει το φορτίο των διαδικασιών της εξωσωματικής γονιμοποίησης και συνεπώς ο σύζυγος, ο άντρας θα πρέπει να την υποστηρίζει και να τη βοηθά.

Σε ένα άλλο επίπεδο, οι απαντήσεις των ερωτώμενων γυναικών για τη διαφοροποίηση μεταξύ ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας στοιχειοθετούν και τη θέση αυτών γύρω από τη φύση του προβλήματος της υπογονιμότητας σε σχέση με το φύλο:

A. Μη Διαφοροποίηση

- 2,4,6
- Νομίζω ότι στα νέα ζευγάρια ότι δεν έχει διαφορά, το ζευγάρι που αντιμετωπίζει το ίδιο είτε είναι η γυναίκα είτε είναι ...για τους μεγάλους ανθρώπους υπάρχει διαφορά, η γυναίκα ήταν συνήθως το μαύρο πρόβατο,...προσπαθούν να ξεπεράσουν το πρόβλημα μαζί όπως εγώ με τον σύζυγό μου που προσπαθήσαμε και το ξεπεράσαμε μαζί (9)
- Το ίδιο υποθέτω θα είναι. Πως το νιώθεις δηλαδή (14)

B. Διαφοροποίηση

- η γυναικεία υπογονιμότητα διαφέρει από την αντρική διότι η γυναίκα περνάει τα περισσότερα (1)
- Ναι, η γυναικεία είναι πιο πολύπλοκη καταρχάς αν προκύψει πρόβλημα στον άντρα έχει σωθεί ας πούμε..έχει γλιτώσει ένα σωρό φάρμακα όταν ο άντρας είναι καλά αρχίζει ένας αγώνας ..θέλει και εκείνο θέλει και το άλλο...η γυναίκα είναι πολύπλοκη οργανικά, σωματικά και ψυχολογικά (3)
- η ανδρική υπογονιμότητα είναι πιο επώδυνη λόγω του εγωισμού που έχουν οι άντρες ο οποίος πληγώνεται όταν δεν μπορούν να κάνουν παιδιά. (5)
- Όχι, νομίζω ότι η γυναίκα μπορεί πιο εύκολα να το ξεπεράσει, έχει πιο πολύ δύναμη και σας μιλάω για την περίπτωση τη δική μου από τη στιγμή που έβλεπα τον άντρα μου ο οποίος έχει το πρόβλημα πως αντέδρασε και έχω δει και ζευγάρι που έχει η γυναίκα το πρόβλημα πως αντιδράει...ο άντρας έχει μεγαλύτερο πρόβλημα....όταν η γυναίκα μάθει δεν νομίζω ότι θα την πειράξει τόσο πολύ όσο έναν άντρα από τη στιγμή που θίγεται ο εγωισμός του (10)
- Δεν το έχω ακούσει, απλά η ανδρική υπογονιμότητα είναι πιο δύσκολη να θεραπευτεί από ότι η γυναικεία (12)
- Διαφορά δεν υπάρχει, απλά είναι διαφορετικοί οι μηχανισμοί στον άντρα και στη γυναίκα ...τα ίδια όργανα που έχει ο άντρας αντίστοιχα τα έχει και η γυναίκα είναι οι ωοθήκες, είναι οι όρχεις, τα σωληνάκια από όπου περνάει το σπέρμα είναι οι σάλπιγγες..(Καταλαβαίνω ότι το λέτε από θέμα οργανικής φυσιολογίας αλλά από θέμα εμπειρίας;) Όταν ένας άντρας έχει πρόβλημα είναι τελείως διαφορετικό γιατί, άλλο αν ο ένας υποστηρίζει τον άλλο, η γυναίκα από τη φύση της είναι προετοιμασμένη για τη μητρότητα, εκείνη είναι που κυοφορεί εκείνη είναι που δέχεται τα πρώτα μηνύματα. Είναι πάρα πολύ σημαντικό και σοβαρό αυτό που περνάει η γυναίκα....καμία φορά έχω πει ότι θα ήθελα με κάποιο τρόπο να αντιμετωπίσει και ο άντρας αυτά που περνάω εγώ τώρα ακόμα και τους εννέα μήνες, δηλαδή έστω στο τόσο να μπορέσει να νιώσει μέσα του κάποια στιγμή το παιδί. Είναι εμπειρίες που μόνο η γυναίκα μπορεί να τις βιώσει...δεν υπάρχει περίπτωση να νιώσει ο άντρας το ίδιο πρόβλημα με τη γυναίκα, ναι μεν της στέκεται αλλά το γυναικείο πρόβλημα βαραίνει πιο πολύ. Οι άντρες που έχουν πρόβλημα, ακόμα και στο σπέρμα, θεωρούν ότι ούτε σεξ δεν μπορούν να κάνουν, νομίζουν ότι όλα ξεκινάνε και σταματάνε εκεί. Το βλέπουν τελείως ψυχρά πιστεύω. Ξέρω ένα ζευγάρι που έχει ένα παιδί και τώρα έχει πρόβλημα με το σπέρμα του. Έχει γίνει άλλος άνθρωπος αυτός: προβληματικός, κομπλεξικός, γιατί; θέλει να δείχνει ότι είναι άντρας, μόνο και μόνο επειδή έχει πρόβλημα με το σπέρμα τον έχει κάνει άλλο άνθρωπο, δεν θέλουν να πάνε να τρέξουν να δούνε τι θα γίνει με το σπέρμα, να κάνουν ένα δεύτερο παιδάκι, τον ενδιαφέρει αυτό, ενώ η γυναίκα έχει άλλα κίνητρα. Η γυναίκα δεν αποφεύγει τη μητρότητα, είναι ο ρόλος της αυτός. Θες δε θες η φύση σου σε κάνει να το νιώθεις αυτό. Εγώ έχω κάνει τέσσερις φορές εξωσωματική. Από την πρώτη, δεύτερη φορά που έκανα την εμβρυομεταφορά, ένιωθα ότι ήμουν έγκυος. Είναι τέτοιο το μητρικό ένστικτο όσο να τον έχεις δίπλα σου τον άντρα να σου λέει αχ και ουχ, εσύ τραβάς όλο το ζόρι, εσύ νιώθεις μέσα σου το έμβρυο, εσύ μεθαύριο θα το νιώσεις...Οπότε, πιστεύω εγώ είναι πιο βαρύ όταν η γυναίκα έχει πρόβλημα γιατί δεν θα γίνει ποτέ μητέρα. Ο άντρας είτε το δώσει εδώ το σπέρμα, είτε το δώσει εκεί, κάποια στιγμή πατέρας θα γίνει (13)
- Όταν ο άντρας αντιμετωπίζει πρόβλημα, τα πράγματα είναι πιο δύσκολα γιατί οι περισσότεροι άντρες εδώ στην Ελλάδα δεν παραδέχονται ότι έχουν κάποιο

πρόβλημα, δηλαδή τα προβλήματα που παρουσιάζει ένα σπέρμα, οι πιο πολλοί δεν θέλουν να κάνουν καν την εξέταση. Εγώ πιστεύω ότι υπάρχει **μεγάλη δυσκολία**, υπάρχει υπογονιμότητα στον άντρα από ότι στη γυναίκα (15)

- Πιστεύω ότι είναι **η αντρική πιο σοβαρό**. Δε ξέρω, ίσως από προσωπική εμπειρία το λέω. Εγώ είμαι πιο ψύχραιμη, πιο ανεκτική από το σύζυγο και πιστεύω ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερη αντοχή από τους άντρες, πιστεύω ότι οι άντρες είναι πιο ευαίσθητοι σε αυτά τα θέματα και πρέπει να το θέλει πάρα πολύ ο άντρας για να συνεργαστεί, εάν υπάρχει κάποιο πρόβλημα με τη σύζυγο (16)

Παρατηρούμε ότι σχετικά με την οργανική βάση, η διαφορά μεταξύ γυναικείας και ανδρικής υπογονιμότητας φαίνεται ότι δεν υποστηρίζεται. Η θέση ότι το γυναικείο πρόβλημα βαρύνει πιο πολύ προκύπτει από το γεγονός ότι συσχετίζεται ο απόηχος της γυναικείας υπογονιμότητας με τη μητρότητα και τη σημασία που η τελευταία έχει για τη γυναίκα (13), από το γεγονός ότι η γυναίκα είναι πολύπλοκη οργανικά, σωματικά και ψυχολογικά και επωμίζεται τον αντίκτυπο της ανδρικής υπογονιμότητας στη γυναίκα (3) και τέλος από τη θέση ότι η γυναίκα περνάει τα περισσότερα (1).

Η τελευταία περίπτωση, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον της στη μητρότητα, κρίνει ότι για τη γυναίκα που έχει το πρόβλημα είναι πιο βαρύ γιατί δεν θα γίνει μητέρα. Το κίνητρο της γυναίκας, η προετοιμασία από τη φύση για τη μητρότητα, το μητρικό ένστικτο, η εμπειρία που μόνο η γυναίκα μπορεί να βιώσει και ο ρόλος της, θεωρούνται κρίσιμα σημεία σύγκρισης μεταξύ ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας.

Οι ερωτώμενες γυναίκες χαρακτηρίζουν την ανδρική υπογονιμότητα ως επώδυνη (5), δύσκολη να θεραπευτεί (12), τελείως διαφορετικό από τη γυναικεία (13), τα πράγματα είναι πιο δύσκολα (15) και σοβαρό (16).

Η επιχειρηματολογία εστιάζεται σε ένα άξονα με δύο πλευρές.. Η μια πλευρά αφορά τα χαρακτηριστικά των ανδρών [εγωισμός (5,10), θεωρούν ότι ούτε σεξ δεν μπορούν να κάνουν, το βλέπουν τελείως ψυχρά, «είναι κομπλεξικός, προβληματικός» (13), είναι πιο ευαίσθητοι (16)]. Το αποτέλεσμα είναι ότι δεν παραδέχονται ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και οι πιο πολλοί δεν θέλουν να κάνουν ούτε την εξέταση (27). Η άλλη πλευρά αφορά τα χαρακτηριστικά των γυναικών [έχει πιο πολύ δύναμη (10), είναι πιο ψύχραιμη, πιο ανεκτική και έχει περισσότερη αντοχή (16)] και συνεπώς μπορεί εύκολα να το ξεπεράσει, και να μην την πειράξει (10).

Κρίνεται όμως σκόπιμο να αναφέρουμε τη διαφοροποίηση της πρόσληψης της ανδρικής και της γυναικείας υπογονιμότητας από τους μεγάλους ανθρώπους (9), γεγονός που φαίνεται ότι επηρεάζει την πρόσληψη της υπογονιμότητας από τις ερωτώμενες γυναίκες. Το γεγονός ότι η γυναίκα αποτελεί το «μαύρο πρόβατο» -σε μια περίπτωση όπου ο άντρας φέρει την οργανική ευθύνη της υπογονιμότητας στο ζευγάρι- δηλώνει την επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος στο θέμα αυτό αλλά και τον τρόπο που προσλαμβάνουν οι γυναίκες την ταυτότητά τους αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα υπογονιμότητας των αντρών τους.

Σε ένα άλλο επίπεδο, το οποίο συσχετίζεται με το προηγούμενο, η μητρότητα αποτελεί θέση-κλειδί για την γυναικεία ταυτότητα και συνεπώς η μη-επίτευξη της θέσης αυτής αναμένεται να επηρεάσει τον τρόπο ερμηνείας του προβλήματος της υπογονιμότητας. Η διάσταση μεταξύ της επιθυμίας απόκτησης παιδιού με την αδυναμία να την πραγματοποιήσουν είναι χαρακτηριστική των γυναικών οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης σε σχέση με αυτές οι οποίες είναι έγκυες ή έχουν αποκτήσει παιδιά με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

A. Διαδικασία

- **Μου στοίχισε πάρα πολύ** γιατί ήθελα πάντα να κάνω παιδιά και..... εντάξει είχα καθυστερήσει βέβαια να παντρευτώ για διαφόρους οικονομικούς και άλλους λόγους... αλλά ήθελα πάρα πολύ να κάνω παιδάκια και σκοπός του να παντρευτώ ήταν αυτός και δεν με ενδιέφερε τόσο πολύ ο γάμος ως κοινωνική αποκατάσταση αλλά δε γινότανε και όσο δε γινότανε τόσο η απελπισία κορυφωνότανε και δε βρίσκαμε και το αίτιο τελικά. Είναι μια εμπειρία πολύ άσχημη όλοι προσπαθούσανε να μου πουν να αποφύγω το άγχος και μου γύρισε σε κατάθλιψη. Παλεύοντας το άγχος, να μην έχεις άγχος, να είσαι ήρεμος και όλα αυτά .στο τέλος καταντάς να έχεις κατάθλιψη/ (Ποιος πιστεύετε ότι πιέζεται περισσότερο;) Η γυναίκα... οι άντρες έχουν τη δουλειά τους, τους απασχολεί περισσότερο ενώ εμάς μας τρώει περισσότερο αυτό το πράγμα. Το θέλουνε, το αγαπάνε ακόμα και αν υπάρχει πρόβλημα σε αυτούς..αλλά θεωρώ ότι δεν τους βασανίζει τόσο πολύ όσο βασανίζει εμάς ίσως λόγω της αγωνίας της θα έρθει δεν θα έρθει.... (3)
- **Θέλω να νιώσω αυτό που νιώθουν όλες οι γυναίκες** και ότι μπορείς να φέρεις ένα παιδί στον κόσμο, δεν ξέρω αν μπορείτε να το καταλάβετε..είναι όνειρο ζωής αυτό (10)
- Όταν η γυναίκα έχει πρόβλημα, να χτυπήσω ξύλο πες ότι δεν είχα ωάρια, και χρειαζόταν να δανειστώ ή είχα απλά πρόβλημα στη μήτρα και φιλοξενούσα σε μια άλλη μήτρα το δικό μου παιδί, μητέρα δεν θα γινόμουν έτσι όπως θα ήθελα εγώ, παιδί μου θα ήταν αλλά θα μεγάλωνε σε άλλη μήτρα.. (13)

B. Έγκυες-Με Παιδί

- η εμπειρία της μητρότητας δίνει **ολοκλήρωση** στη μητέρα και στο ζευγάρι και ολοκληρώνει τη σχέση του γάμου (5)
- η μητρότητα δίνει **χαρά, γεμίζει το σπίτι** και σου δίνεται η ευκαιρία να κάνεις **οικογένεια**. (4)
- «...μπορεί **ωριμότητα**..ούτε τώρα το καταλαβαίνω..... έχω συνηθίσει τόσα χρόνια όχι μόνη μου με το σύζυγό μου κάνουμε ότι θέλω, είμαι ελεύθερη ...και σχέση με το σύζυγο..είχαμε κουραστεί, όχι ότι είχαμε προβλήματα..δεν είχαμε τι να κάνουμε περάσανε τόσα χρόνια τηλεόραση και..αυτά τα ίδια και τα ίδια (6)
- **εμπειρία**. **καινούριο κεφάλαιο στη ζωή, γυρίζει σελίδα** στην κυριολεξία γυρίζει σελίδα (7)
- πιστεύω ότι είναι **καλό** για μια γυναίκα (8)
- Δεν ξέρω, είναι **διαφορετική** είναι μια άλλη εμπειρία πιστεύω, είναι πολύ διαφορετική η σχέση με ένα παιδί όταν κυοφορείς και όταν ...έτσι νομίζω, έχω την πεποίθηση όταν κυοφορείς ένα παιδί είναι κάτι το **φοβερό, το εξαιρετικό** (9)
- **Μεγάλη χαρά και μεγάλη ευθύνη**, μεγάλη ευθύνη, γεν κάνεις ένα παιδί μόνο να χαιρέσαι! Εγώ το παίρνω και σαν μια πολλή μεγάλη ευθύνη απέναντί του. Και μάλιστα αισθάνομαι από τώρα, δεν ξέρω αν είναι αντίθετο από τις άλλες γυναίκες, αλλά αισθάνομαι ότι θα κάνω ένα παιδί και θα το αφήσω ελεύθερο, θέλω να πάρω ένα παιδί, να κάνω ένα παιδί αλλά να το αφήσω, θέλω να του δώσω κάποια πράγματα και να το αφήσω, να είναι ελεύθερο, μου αρέσει πάρα πολύ η ελευθερία γενικά. Να δώσω τις βάσεις..(Τι θα πάρετε;) **Ζεστασιά με αυτό, ζεστασιά**, να ξέρω ότι μεγάλωσα ένα άνθρωπο και είναι μόνος του και θα με βοηθήσει, δε θα με βοηθήσει, και όταν θα βοηθήσει άλλους ή θα αναπτυχθεί ο εαυτός του, κάτι τέτοιο, αισθάνομαι πολύ ωραία απέναντι στα παιδιά γενικότερα (14)
- Οποσδήποτε τη γεμίζει **ευτυχία**, το ψυχολογικό είναι οπωσδήποτε τελείως διαφορετικό από το να μην έχεις παιδί, γεμίζει η ζωή σου, ενώ πριν να κάνεις παιδί-να πω την έκφραση- σχεδόν άδεια, όχι να πω τελείως γιατί έχεις και τον σύντροφό σου, μετά γεμίζει (15)
- Μια **πληρότητα**, μια **ολοκλήρωση**, σαν να κλείνει ένας κύκλος και να αρχίζει κάποιος άλλος (16)

Οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης εστιάζονται κυρίως στη σύνδεση της κυοφορίας με τη γυναικεία φύση ως παγκόσμια τάξη πραγμάτων (10). Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη θεματική ενότητα, αυτή της ανδρικής και της γυναικείας υπογονιμότητας, η γυναίκα (3) εστιάζεται ιδιαίτερα στην κυοφορία και στη μητρότητα και στην άμεση σύνδεση της γυναίκας με τη φύση. Ο ρόλος της, η εμπειρία της, το μητρικό της ένστικτο προκύπτει από την προετοιμασία της γυναίκας από τη φύση της. Εν τούτοις, διακρίνει την μητρότητα η οποία προκύπτει από την απόκτηση του παιδιού με τη χρήση ξένης

μήτρας με αυτή η οποία προκύπτει από την κυοφορία της ίδιας της ενδιαφέρουσας μητέρας. Εδώ βλέπουμε τον προβληματισμό των εναλλακτικών περιπτώσεων εφαρμογής της εξωσωματικής γονιμοποίησης και τον αντίκτυπο που μπορεί να έχουν στη γυναικεία ταυτότητα.

Οι γυναίκες οι οποίες είναι έγκυες και αυτές οι οποίες έχουν αποκτήσει παιδί με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης, χαρακτηρίζουν διαφορετική την εμπειρία της κυοφορίας και της απόκτησης του παιδιού, ως κάτι το φοβερό και εξαιρετικό (9) εστιάζονται τόσο στην ολοκλήρωση στη μητέρα (5) και ότι είναι καλό για μια γυναίκα (8) όσο και στο γενικότερο αντίκτυπο της μητρότητας στη γυναίκα, στο ζευγάρι και στο γάμο (ολοκλήρωση) (5), χαρά, γεμίζει το σπίτι, δίνεται η ευκαιρία να κάνεις οικογένεια, ωριμότητα, εμπειρία, καινούριο κεφάλαιο στη ζωή, γυρίζει σελίδα (7), ευτυχία γιατί γεμίζει η ζωή σου η οποία ήταν σχεδόν άδεια γιατί έχεις το σύντροφο (15), μια πληρότητα, σαν να κλείνει ένας κύκλος και να αρχίζει άλλος (16).

Ο γενικός σκοπός του γάμου είναι η απόκτηση παιδιού, γεγονός το οποίο οδηγεί στην ωριμότητα και στην ολοκλήρωση του ζευγαριού με απώτερο στόχο την οικογένεια η οποία αποτελεί σελίδα, κεφάλαιο και κύκλο στη ζωή. Το γεγονός όμως ότι βασανίζει περισσότερο -τις γυναίκες δηλαδή- το γεγονός αν θα έρθει ή δεν θα έρθει το παιδί (3), γίνεται περισσότερο κατανοητό και στα πλαίσια του γεγονότος ότι οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες μέσω της εγκυμοσύνης τους θα αποδείξουν τη γονιμότητα του ζευγαριού και θα «λάβουν το εισιτήριο» για την κοινωνική τους ένταξη.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφέρουμε τον τρόπο πρόσληψης της υπογονιμότητας σε σχέση με την πρωτοπαθή και δευτεροπαθή υπογονιμότητα. Για τη σύγκριση αυτή θα παρουσιάσουμε τον τρόπο με τον οποίο την αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα:

- Είμαι πιο ήσυχη, διότι τώρα είμαι έγκυος. Επειδή είχα σχέση παλιά..έχω κάνει μια αποβολή πιστεύα ότι αυτό έφταιγε..(6)
- ..Έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου, πιστεύω ότι η **αρνητική ψυχολογία** κάποιας γυναίκας που έστω μια δυο φορές στη ζωή της, της έχει έρθει η εγκυμοσύνη, είναι διαφορετική από τη ψυχολογία από τη γυναίκα που δεν ξέρει αν θα μπορεί να μείνει έγκυος. Μου έχει τύχει, άρχισαν οι ενοχές γιατί μου ήρθαν δύο φορές και τα έδιωξα, ένιωθα άσχημα, τι, πως, τι έγινε, γιατί κάτι έγινε, ήμουν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση, μέχρι να συνηθίσω, να πληρώσω τόσο πολύ αυτό που έχω και να νιώσω ότι

είναι κομμάτι της ζωής μου, καλώς ή κακώς πρέπει να προχωρήσω με αυτό και να δω τι θα κάνω (13)

- είχα κάνει έκτρωση, όχι με τον άντρα μου, και ξέρουμε ότι εγώ δεν είχα σοβαρό πρόβλημα στο να συλλάβω γιατί είχε ξαναγίνει (14)

Αυτό που μπορούμε να παρατηρήσουμε είναι το γεγονός ότι η προηγούμενη εγκυμοσύνη εκλαμβάνεται διαφορετικά ανάλογα με τη φύση του προβλήματος (ανδρική ή γυναικεία υπογονιμότητα) και το στάδιο που βρίσκονται τώρα. Πιο συγκεκριμένα, θεωρείται σφάλμα όταν στη περίπτωση της γυναικείας υπογονιμότητας, η οποία και παραμένει, αν στο παρελθόν υπήρξε έκτρωση διότι τότε αυτό λαμβάνεται ως τιμωρία για την παρούσα κατάσταση. Ακόμα και στην περίπτωση στην οποία το πρόβλημα της υπογονιμότητας ξεπεράστηκε, η σκέψη ότι η αποβολή μπορεί να ήταν η αιτία είναι εμφανής (14) . Μόνο στην περίπτωση της ανδρικής υπογονιμότητας, η εμπειρία της έκτρωσης-αποβολής καθισχύζει τη γυναίκα εφόσον το λαμβάνει ως τεκμήριο ικανότητας.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η ίδια εμπειρία (προηγούμενη εγκυμοσύνη) διαμορφώνει διαφορετικά την πραγματικότητα των γυναικών ανάλογα με την παρούσα κατάσταση και τη φύση του προβλήματος.

Επιπρόσθετα, η τρόπος με τον οποίο προσλαμβάνουν οι ερωτώμενες γυναίκες τη θέση και τη στάση της κοινωνίας διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων για το φαινόμενο τη υπογονιμότητας. Η παρουσίαση των απαντήσεων έχει τη μορφή παράλληλων νοημάτων. Από την μια πλευρά θα δηλώνεται η στάση και από την άλλη ο λόγος της δήλωσης αυτής. Πιο συγκεκριμένα:

- Η κοινωνία **κοροϊδεύει** τα ζευγάρια που έχουν κάποιο πρόβλημα να φέρουν στον κόσμο παιδιά (1)
- αναλόγως το πνευματικό της και μορφωτικό της επίπεδο ..υπάρχει μια αντιμετώπιση έτσι συμπόνιας και τον κοιτάνε κάπως περίεργα ...μοιραία γίνεται αυτό, μπορεί και να μην θέλουν ...πάντα θα σε ρωτήσουν πόσα παιδάκια έχεις ξαφνιάζονται, σε κοιτάνε περίεργα (3)
- αντιμετωπίζει με **λύπηση** την υπογονιμότητα (4)
- αντιμετωπίζει με **λύπηση, ενδιαφέρον** μεν και με **περιέργεια** (5)
- είναι **κατανόηση** μπορεί.. (6)
- Ανάλογα με το που ζει ο καθένας (Στην Ελλάδα διαφοροποιείται η στάση από περιοχή σε περιοχή;) Ανάλογα με τις απόψεις που έχει ο καθένας, η κάθε περιοχή έχει συγκεκριμένες σκέψεις, ιδίως **στην επαρχία τα πράγματα είναι πολύ συντηρητικά**, βέβαια κάπου έχει αρχίσει αυτό να αλλοιώνεται και θα μπαίνουν καινούριες ιδέες αλλά οι παλιότεροι επηρεάζουν τους νεότερους.....σιγά αρχίζουν και αλλοιώνουν τη σκέψη τους (7)
- Το λέω από τις αντιδράσεις και των δικών μου ανθρώπων και των συγγενών και των φίλων και των γνωστών ..παλιότερα δεν ξέρω..τώρα όπως τους βλέπω, βλέπω τους δικούς μου γονείς και τους φίλους είναι **πολύ θετικοί** δηλαδή μάθανε, συζητήθηκε το θέμα ότι είχα πρόβλημα και ότι έπρεπε να γίνει εξωσωματική ή ότι έγινε εξωσωματική και δεν πέτυχε ήταν πολύ κοντά μου και πιστεύω ότι τώρα-δεν ξέρω παλιότερα τι γινότανε- **στηρίζουνε κάποια γυναίκα ή το ζευγάρι γενικώς**
- Η νοοτροπία είναι περίεργη (2)
- ..εντάξει είναι ένα στάδιο καλύτερο από το να μείνεις γεροντοκόρη....σε σχέση με τα πιο χαμηλά στρώματα ...η επιταγή (3)
- είναι παντρέψου, δούλεψε κάνε παιδιά και όποιος ξεφεύγει από την επιταγή αυτή φαίνεται να δυσχεραίνει η θέση του στην κοινωνία (3)
- τη βλέπουν ως **αρρώστια** (4)
- Το φυσιολογικό είναι να κάνεις παιδιά (5)
- έτσι καλά να το καταλαβαίνουν, τώρα είναι συνηθισμένα τα πράγματα και τώρα που μπορώ να κάνω εξωσωματική, πιστεύω ότι κάποτε θα κάνω παιδιά (6)
- δεν μπορώ να δω την κοινωνία σαν γενικό ..είναι **κομμάτια της κοινωνίας** αλλιώς θα συμπεριφέρονται ακόμα και οι παλιότεροι όταν είναι σε μια μεγαλύτερη (πόλη) και αλλιώς όταν είναι σε κάποιο χωριό με την πιο στενή έννοια της λέξης επαρχία (7)
- ένα παιδί είναι σημαντικό ..το θέλει ο καθένας το προσπαθούνε όλοι (7)
- αναλόγως πως είναι οι σχέσεις των συγγενών και των φίλων..(8)

- τους στηρίζουν για να προχωρήσουν σε κάτι τέτοιο..μάλιστα γύρισε και μου είπε μια θεία μου τι αγχώνεσαι; δεν είσαι ούτε η πρώτη ούτε η τελευταία, βρε παιδάκι μου, μου λέει προσπάθησε, προσπάθηστε..σιγά τι έγινε; ντρέπεσαι μου λέει; ..ντρεπόμουν στην αρχή ντρεπόμουν τρομερά...μέχρι να το μάθουνε...στην αρχή ντρεπόμουν πάρα πολύ ντρεπόμουν σε σημείο να τους πάρω τηλέφωνο, δεν τους έπαιρνα τηλέφωνο καθόλου (8)
- και νομίζω ότι κάπως **το αποδέχονται περισσότερο από ότι τα παλιότερα χρόνια**/για τους μεγάλους ανθρώπους υπάρχει διαφορά, η γυναίκα ήταν συνήθως το μαύρο πρόβατο (9)
- Δυστυχώς στις μικρές κοινωνίες είναι το πρόβλημα, όπως εγώ κατάγομαι από επαρχία, καταρχήν από το φόβο τους καμία φορά **σε σνομπάρουνε**, (10)
- Στην πόλη δεν υπάρχει πρόβλημα αντιμετώπισης ενώ στο χωριό υπάρχει και ρίχνουν την ευθύνη κυρίως στις γυναίκες (11)
- μέχρι στιγμής δεν έχουμε ακούσει και πολλά....είναι **ένα φυσικό φαινόμενο, τρως το άγχος της εποχής** κάπου κάνει κακό (Εσείς πιστεύετε ότι το δέχεται η κοινωνία το γεγονός....) Η Ελλάδα, τώρα συγκεκριμένα ναι, στην Ελλάδα δεν έχουμε ακούσει ιδιαίτερα προβλήματα. (12)
- Δεν είναι ενημερωμένη (η κοινωνία) σωστά.. / **Το σχολιάζουν αρνητικά**, (13)
- Είναι κάτι που το αντιμετωπίζουν έχει μπει πια στη ζωή μας (9)
- νομίζουν ότι έχεις **μια αρρώστια** δεν ξέρω οτιδήποτε / αυτός θα πάει να κάνει αυτό, παναγία μου, γιατί και θα έχουμε προβλήματα και είναι άχρηστο το ζευγάρι..-έτσι ακριβώς έχουν οι φήμες, τουλάχιστον το έχω ακούσει αυτό (10)
- Αυτό εξαρτάται με ποιούς μιλάς. Τώρα αν μιλήσεις με τον παππού και τη γιαγιά μου πιθανότατα επειδή δεν ξέρουν τι γίνεται, λένε αυτή η γυναίκα είναι στείρα, τώρα αν μιλήσεις με ανθρώπους που είναι στην ηλικία μας και λίγο πιο μεγάλους, όχι, το θεωρούν σαν δεδομένο ότι κάτι δεν πήγε καλά, συμβαίνουν αυτά (12)
- εδώ πρόσεξε κάτι, προσπαθούν τα μέσα, η τηλεόραση να ενημερώνουν τον κόσμο, παίρνει ο κόσμος αυτά που θέλει, δεν κάθεται να σκεφτεί, να ακούσει ακριβώς τι γίνεται..ναι μεν υπάρχουν μέθοδοι και δεν υπάρχουν στείροι και στείρες αλλά μέχρι εκεί και αρχίζει, όχι ότι αποχωρεί, θεωρεί ότι είναι κάτι εκτός από σένα, δεν είναι έτοιμοι να το καταλάβουν, προσπαθούν, ξέρουν τι είναι ο όρος εξωσωματική γονιμοποίηση, οι άσχετοι

- αυτοί που ούτε καν δεν το έχουν ακουμπήσει το θέμα, αλλά δεν μπορούν να καταλάβουν τι γίνεται. Εντάξει, δικαίωμά τους, **αλλά μην το σχολιάζεις** γιατί είναι μερικοί που το σχολιάζουν **αρνητικά**. Δεν ξέρουν τι ακριβώς είναι, μου έχει τύχει και εμένα, νομίζουν ότι κάτι ξέρουν, ότι τα παιδιά βγαίνουν δεν ξέρω πως, κάτι διάφορα., και έτσι καλύτερα είναι να μην το πεις καθόλου γιατί δεν πρόκειται να καταλάβουνε και δεν έχεις τη διάθεση να κάθεται να εξηγείς στον καθένα τι είναι και αφιερώνεσαι στο πρόβλημά σου. Ο καθένας ας ενημερωθεί σωστά και να έχεις τα αφτιά του και τα μάτια του ανοικτά (13)
- (Γιατί πιστεύετε ότι υπάρχει αυτή η στάση κουτσομπολιού;) ο κόσμος δε γνωρίζει ότι υπάρχουν ζευγάρια με προβλήματα και ότι είναι πάρα πολλά πια, νομίζουν ότι είναι εύκολο να κάνεις πια παιδί και το πιο απλό πράγμα του κόσμου. Αλλά το ότι είναι ανημέρωτοι, είναι το πρώτο που θεωρώ εγώ πολύ βασικό (Ακόμα και νεαρά άτομα;) Ναι και νεαροί. Και δυστυχώς εκείνοι, και δυστυχώς εκείνοι, γιατί εντάξει οι μεγαλύτεροι πες δεν ξέρουν, δεν ασχολούνται, έχουν τα παιδιά, δεν ξέρω εγώ τι, δεν τους δικαιολογώ βέβαια απόλυτα, αλλά οι νέοι; (14)
- Το θεωρούνε, οι περισσότεροι..**κάτι πολύ κακό**, κάτι..**είναι ανημέρωτοι**, είναι ανημέρωτοι, είναι ανημέρωτοι. Είναι, πως να το πω τώρα, ένα σημείο να **κουτσομπολεύεις**. Και αυτό το θεωρώ, δεν ξέρω γιατί ίσως γιατί είναι η κοινωνία που ζω εκεί, πολύ κουτσομπολιό, κακό κουτσομπολιό, χωρίς διάθεση να βοηθήσεις ή να στηρίξεις τον άνθρωπο που έχει κάποιο πρόβλημα είτε αυτό είτε άλλο υγείας (14)
- Μιλάμε για Ελλάδα τώρα....Στον κύκλο σου όταν έχεις καιρό να κάνεις παιδί, βέβαια κρύβεσαι, δεν λες ότι δεν κάνω παιδί, διότι οι περισσότεροι, σχεδόν όλοι - υπάρχουν και μερικές εξαιρέσεις- λένε ότι δεν θέλουν ακόμα να κάνουν παιδί, δεν μας πήραν τα χρόνια, και κάτι τέτοια και είμαστε ακόμα νέοι (15)
- Νομίζω ότι **δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση**, υπάρχει **πανικός** ακόμα και στα ίδια τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Δεν ξέρω για ποιο άλλο λόγο ίσως να πω/ Για λόγους **περιέργειας**, (16)
- πιστεύουν ότι ένας γάμος ολοκληρώνεται με παιδιά, με οικογένεια; δεν μπορώ να ξέρω (16)

Η πρόσληψη της κοινωνίας είναι τόσο θετική όσο και αρνητική και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, η θετική, η οποία εκφράζεται από τις εργαζόμενες, εκλαμβάνεται ως συμπόνια (3), με κατανόηση (6), στηρίζουν τη γυναίκα και το ζευγάρι γενικότερα (8), το αποδέχονται περισσότερο (9). Η αιτιολογία εστιάζεται στο ότι είναι ένα στάδιο καλύτερο από γεροντοκόρη (3), τώρα το καταλαβαίνουν και είναι συνηθισμένα τα πράγματα (6), αναλόγως πως είναι οι σχέσεις συγγενών και φίλων (8), είναι κάτι που το αντιμετωπίζουν και έχει μπει στη ζωή μας (9).

Η αρνητική εκλαμβάνεται ως ενδιαφέρον (5) αλλά με περιέργεια (3,5,16), λύπηση (4,5), κοροϊδία (1), σε σνομπάρουνε (10), το σχολιάζουνε αρνητικά (13), κακό κουτσομπολιό, χωρίς διάθεση να βοηθήσεις ή να στηρίξεις τον άνθρωπο που έχει πρόβλημα (14), υπάρχει πανικός και στους ίδια τα ζευγάρια (16). Η αιτιολογία εστιάζεται αφενός στο γεγονός της κοινωνικής επιταγής (παντρέψου, δούλεψε, κάνε παιδιά) και της δυσχέρειας της θέσης αυτού που ξεφεύγει από την επιταγή αυτή (απόκλιση νόρμας) (3), εξαιτίας του γεγονότος ότι το φυσιολογικό είναι να κάνεις παιδιά (5) και είναι σημαντικό ένα παιδί (7), είναι εύκολο να κάνεις πια παιδί και το πιο εύκολο πράγμα στον κόσμο (14) και ότι ο γάμος ολοκληρώνεται με παιδιά, με οικογένεια (16), αφετέρου στο γεγονός ότι είναι αρρώστια (4, 10).

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη στάση της κοινωνίας είναι αυτός της καταγωγής επαρχίας/χωριού-πόλης, αυτός της ηλικίας μεταξύ νεότερων –παλιότερων ατόμων και αυτός του πνευματικού και μορφωτικού επιπέδου χαμηλά και μη στρώματα. Τα πράγματα στην επαρχία, όπως παρουσιάζουν οι νοικοκυρές, είναι πιο συντηρητικά (7), φοβούνται «αυτός πάει να κάνει αυτό, παναγία μου, γιατί, και θα έχουμε προβλήματα και είναι άχρηστο το ζευγάρι» (10), ενώ ρίχνουν την ευθύνη στις γυναίκες (11).

Στη συνέχεια, όσο αφορά το δεύτερο παράγοντα, οι παλιότεροι επηρεάζουν τους νεότερους παρότι αυτό αρχίζει να αλλοιώνεται εξαιτίας του γεγονότος ότι μπαίνουν καινούριες ιδέες (7), ο παππούς και η γιαγιά λένε ότι η γυναίκα αυτή είναι στείρα ενώ για τους άλλους «στην ηλικία μας και λίγο πιο μεγάλους» το θεωρούν σαν δεδομένο ότι κάτι δεν πήγε καλά (12), οι μεγαλύτεροι δεν ξέρουν, δεν ασχολούνται (14).

Σχετικά δε, με τον τρίτο παράγοντα, τα χαμηλά στρώματα της κοινωνίας, το θέμα της κοινωνικής επιταγής φαίνεται να οδηγεί στην περίεργη στάση και στο γεγονός ότι ξαφνιάζονται (3).

Επιπρόσθετα, το θέμα της μη σωστής ενημέρωσης ή της ελλιπής ενημέρωσης (13,14,16) αποτελεί παράγοντα της αρνητικής στάσης της κοινωνίας. Η γυναίκα (13) εστιάζει το ενδιαφέρον στο γεγονός ότι τα άτομα δέχονται ότι υπάρχουν μέθοδοι και δεν υπάρχουν στείροι και στείρες «τα μέσα προσπαθούν, η τηλεόραση, να ενημερώνουν τον κόσμο», αλλά «θεωρεί ότι είναι κάτι εκτός από εσένα, νομίζουν ότι τα παιδιά βγαίνουν δεν ξέρω και εγώ πως». Οι άσχετοι «αυτοί που δεν έχουν ακουμπήσει το θέμα, προσπαθούν αλλά δεν είναι έτοιμοι να καταλάβουν, δεν μπορούν να καταλάβουν». Βέβαια, η γυναίκα (8) υποστηρίζει ότι οι συγγενείς και φίλοι «είναι πολύ θετικοί δηλαδή μάθανε, συζητήθηκε το θέμα ότι είχα πρόβλημα και ότι έπρεπε να γίνει εξωσωματική ή ότι έγινε εξωσωματική και δεν πέτυχε».

Το τελευταίο σημείο μας συνδέεται με την αναπαράσταση της αναπαράστασης της κοινωνίας για τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Έτσι λοιπόν παρατηρούμε ότι ενώ η τελευταία παρουσιάζεται ως η μόνη λύση για την υπογονιμότητα, εν τούτοις δεν την επέλεξαν αλλά αποτελούσε το «τελευταίο στάδιο» των προσπαθειών του ζευγαριού για την απόκτηση του παιδιού. Το γεγονός της αναπαράστασης της κοινωνίας ότι τα παιδιά «βγαίνουν κάπως» ή «αυτός θα πάει να κάνει αυτό» μας δίνει το στοιχείο του τρόπου με τον οποίο οι ερωτώμενες γυναίκες προσλαμβάνουν την αναπαράσταση της κοινωνίας όσο αφορά τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το γεγονός αυτό στοιχειοθετεί το συγκρουσιακό πεδίο του οποίου τα αντικρουόμενα στοιχεία είναι η υιοθέτηση των μεθόδων εξωσωματικής γονιμοποίησης ως επιστημονικός τρόπος επίλυσης της υπογονιμότητας και από την άλλη η πίστη ότι το αποτέλεσμα της μεθόδου αυτής τίθεται υπό αμφισβήτηση εφόσον τα παιδιά «βγαίνουν κάπως».

Παρουσιάζεται μια διαφορετική στάση μεταξύ των εγκύων και των μητέρων και των γυναικών που έχουν ενταχθεί στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στις πρώτες κατηγορίες η αντίδραση της κοινωνίας λαμβάνει πιο θετική χροιά σε αντίθεση με τη δεύτερη ομάδα γυναικών η οποία λαμβάνει αρνητικά την αντίδραση της κοινωνίας. Το γεγονός αυτό, από μια άποψη, προσδιορίζει τη θέση των ερωτώμενων γυναικών στην κοινωνία όπως οι ίδιες την παρουσιάζουν. Η παρούσα εμπειρία και κατάσταση επηρεάζει την αντίληψη των γυναικών σε σχέση με τη στάση της κοινωνίας.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η σύγκριση των κατηγοριών γύρω από τη Μητρότητα και την Κοινωνία, μας οδηγεί σε ένα άλλο συγκρουσιακό πεδίο. Στο πεδίο αυτό έχουμε την επιθυμία απόκτησης παιδιού, την οποία έχουν όλες οι γυναίκες οι οποίες

βρίσκονται στη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης και στην αδυναμία να την πραγματοποιήσουν. Η τελευταία έχει σαν αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται αφενός πλήρως ο σκοπός του γάμου και η δημιουργία οικογένειας, στοιχεία φυσιολογικού καθεστώτος (5) και απαραίτητα για την ένταξη στην κοινωνία (3) και αφετέρου να μην ολοκληρώνεται η γυναίκα. Έτσι από τη μια πλευρά διαπιστώνονται οι συνέπειες στο κοινωνικό επίπεδο αλλά και στο προσωπικό επίπεδο, αυτό της ταυτότητας.

Τέλος, ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών φαίνεται ότι επηρεάζει την πρόσληψη των ερωτώμενων γυναικών για την υπογονιμότητα εφόσον δεν επιτυγχάνουν να τον υιοθετήσουν, όπως προστάζουν οι κοινωνικές νόρμες. Όπως και ο Greil (1991) παρουσιάζει τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στην ταυτότητα, θεωρεί ότι αυτές είναι πιο έντονες στη γυναίκα από ότι στον άντρα διότι ανεξάρτητα από την αιτία της υπογονιμότητας, η γυναίκα είναι εκείνη που αποτυγχάνει να μείνει έγκυος και συνεπώς να δώσει τα ορατά σημάδια της αναμενόμενης και επιθυμητής αλλαγής θέσεως.

Δ.2.2.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Παρατηρούμε αρχικά ότι μέσα από τον ορισμό που δίνεται για την υπογονιμότητα, υπάρχει μια ευρύτητα στην προσέγγισή του, προβάλλοντας τόσο την οργανική όσο και την κοινωνική προέκταση του θέματος. Φαίνεται όμως η έννοια του παιδιού είναι κεντρική υπογραμμίζοντας με τον τρόπο αυτό την άμεση σύνδεση της γονιμότητας με την κοινωνική επιταγή «να κάνουν παιδί» και «να είναι οικογένεια».

Σχετικά με την αιτιολογία, η έννοια της υπογονιμότητας παρουσιάζεται σε βιο-ψυχο-κοινωνική βάση, αποδίδοντάς την στο γεγονός της αδικίας από τη φύση ή από το Θεό ενισχύει τη διάσταση των αποδόσεων της υπογονιμότητας. Η «απόρριψη του να μην είσαι μητέρα», είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό ρόλο και τις προσδοκίες των γυναικών. Το σύνολο των αποδόσεων φαίνεται ότι προκύπτει από τις νοικοκυρές και τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Όσο αφορά την πρόσληψη της ατεκνίας-υπογονιμότητας, φαίνεται ότι η πρώτη προσλαμβάνεται περισσότερο από την άποψη της επιθυμίας ενώ η υπογονιμότητα με πρόβλημα το οποίο μπορεί να επιλυθεί με τη βοήθεια της επιστήμης. Συνεπώς, γίνεται κατανοητό ότι ενώ και στις δύο περιπτώσεις παρουσιάζεται σε επίπεδο συμπεριφοράς απόκλιση από τον κοινωνικό κανόνα -μη απόκτηση παιδιού-, η ατεκνία προσλαμβάνεται ως μη θέληση (απόκλιση σε επίπεδο επιθυμίας) και ως εκ τούτου ιδιορρυθμία και μη αποδοχή της επιλογής αυτής.

Βέβαια, στο σημείο αυτό τίθεται ο προβληματισμός του διαχωρισμού των δύο καταστάσεων της ατεκνίας και της υπογονιμότητας από την πλευρά της «κοινωνικής οπτικής». Εφόσον και οι δύο καταστάσεις οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα –μη απόκτηση παιδιού- και το αποτέλεσμα αυτό είναι ορατό, τότε πως μπορεί να διαπιστωθεί η επιθυμία απόκτησης παιδιού και ποια η βαρύτητα που αυτή έχει στον κοινωνικό χαρακτηρισμό του ατόμου ή του ζευγαριού;

Όσο αφορά την εξωσωματική γονιμοποίηση, της πιο διαδεδομένης μεθόδου αναπαραγωγής, προσλαμβάνεται ως μέθοδος-λύση η οποία βοηθά στην τεχνητή/μη φυσιολογική σύλληψη και με την οποία γεννιούνται πολλά παιδιά. Η αποδοχή της μεθόδου βέβαια παρουσιάζει διακύμανση η οποία προκύπτει από το γεγονός της πρόσληψής της ως εσχάτη κίνηση (αρνητική αξιολόγηση) ή λαμβάνεται περισσότερο η θετική πλευρά της.

Έτσι λοιπόν, παρουσιάζεται η αρνητική εκτίμηση -η οποία τείνει να καλύπτει περισσότερο τον προσανατολισμό των γυναικών- αφενός του συστήματος, της μη φυσιολογικής κύησης, του κυκλώματος των γιατρών, όπως παρουσιάζεται από τις εργαζόμενες και αφετέρου των αρνητικών ψυχολογικών συνεπειών όπως είναι οι συγκρούσεις στο ζευγάρι και της ψυχοφθόρας, άσχημης, αγχώδους διαδικασίας. Η θετική πλευρά της μεθόδου, μικρότερης έκτασης, παρουσιάζεται από τις νοικοκυρές και εστιάζεται στην επιστημονική λύση με ουσία, στα μεγάλα ποσοστά στην Ελλάδα και βέβαια στο γεγονός ότι η μέθοδος είναι κάτι νέο και καινούριο. Το γεγονός αυτό ενισχύεται από την αντίδραση των γυναικών προς την εξωσωματική γονιμοποίηση η οποία είναι κυρίως αρνητική δηλώνοντας ότι «δεν ήθελαν να κάνουν εξωσωματική». Αναφέρεται η σύνδεση της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης με τον εγωισμό αλλά διαγράφεται και ο φόβος για τα φάρμακα. Δεν είναι εύκολο -προσλαμβάνουν οι γυναίκες- να κάνει κάποιος εξωσωματική ενώ δηλώνουν την επιθυμία εξάντλησης των περιθωρίων πριν την εξωσωματική.

Στην περίπτωση της ενεργοποίησης της σύγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας, η πρώτη λαμβάνει θετική αξιολόγηση στα πλαίσια απόκτησης «δικού μου παιδιού» διότι τα συναισθήματα είναι διαφορετικά και έντονα, ένα κομμάτι του εαυτού διότι θέλουν να νιώσουν τη χαρά της μάνας να μεγαλώνει μέσα τους, παρότι παρουσιάζουν το εγωιστικό μέρος της διαδικασίας αυτής. Η υιοθεσία μπορεί να είναι μια καλή πράξη, αλλά είναι σημαντική και σοβαρή υπόθεση. Δεν υπάρχει η εμπειρία της εγκυμοσύνης, δεν υπάρχουν και πολλά παιδιά για υιοθεσία παρά μόνο άτομα με ειδικές ανάγκες ή λόγω αυξημένων απαιτήσεων από τις υπηρεσίες και τέλος τα υιοθετημένα παιδιά δεν γίνονται δεκτά στην οικογένεια (επειδή δεν είναι αίμα τους).

Συνεπώς, υπάρχει ο προσανατολισμός για το «δικό μας παιδί» αλλά ακόμα και αν χρησιμοποιηθούν ξένα ωάρια-σπερματοζώαρια (γενετικό υλικό), η τεκνοποίηση-εγκυμοσύνη αποτελεί ειδοποιός διαφορά εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας. Όταν ενεργοποιείται η σύγκριση εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας προβάλλεται η θετική προσέγγιση της εξωσωματικής αλλά οι νοικοκυρές φαίνεται ότι δέχονται περισσότερο τη λύση της υιοθεσίας, ενώ όταν δεν ενεργοποιείται προβάλλεται η αρνητική προσέγγιση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Όσο αφορά την υιοθεσία, προβάλλεται ως «δύσκολη» και «σοβαρή» υπόθεση ενώ παρουσιάζονται και οι δυσκολίες από την πλευρά των υπηρεσιών που ασχολούνται με τις υιοθεσίες (έλλειψη παιδιών, κλπ).

Σχετικά με το αν η υπογονιμότητα είναι υπόθεση ατομική ή υπόθεση ζευγαριού, η τελευταία φαίνεται να κυριαρχεί από την άποψη ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος γίνεται από κοινού και χρειάζεται τη συμπαράσταση του δικού τους ανθρώπου.

Η πρόσληψη της γυναικείας και της ανδρικής υπογονιμότητας διαφοροποιείται. Η ανδρική σχετίζεται με τη μεγάλη δυσκολία, είναι πιο σοβαρό θέμα και είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Η γυναικεία υπογονιμότητα συσχετίζεται με την πολυπλοκότητα της γυναίκας (οργανικά-ψυχολογικά-κοινωνικά) και με τη μητρότητα (μητρικό ένστικτο-κίνητρο-ρόλος).

Παρόλα ταύτα, η μεταβλητή το ποιος παρουσιάζεται να έχει μεγαλύτερο πρόβλημα (άντρας-γυναίκα) φαίνεται ότι διαφοροποιείται ανάλογα με το ποιος φέρει το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Είναι σκόπιμο λοιπόν να διερευνηθεί πως προσλαμβάνουν την κατάσταση της υπογονιμότητας στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες την ανδρική υπογονιμότητα σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα και τέλος την κοινή υπογονιμότητα. Φαίνεται ότι η πρόσληψη των γυναικών καθώς και η πρόσληψη της κατάστασης της υπογονιμότητας που παρουσιάζεται στο ζευγάρι συσχετίζεται άμεσα με το πρόβλημα υπογονιμότητας που παρουσιάζεται στο ζευγάρι.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η εγκυμοσύνη αποδεικνύει τη γονιμότητα του ζευγαριού προκειμένου να λάβουν την ένταξή τους στον κόσμο της «κοινωνικής γονιμότητας». Με λίγα λόγια, η εγκυμοσύνη οδηγεί -με την επιτυχή πάντα έκβασή της- την μεν γυναίκα να ενταχθεί στον κόσμο των μητέρων, ενώ το ζευγάρι στην ομάδα των οικογενειών.

Εν τούτοις, η προηγούμενη εγκυμοσύνη η οποία οδήγησε σε αποβολή έκτρωση προσλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο από τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν οι ίδιες πρόβλημα και αυτές που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα των αντρών τους. Στην πρώτη περίπτωση, ενεργοποιείται η αρνητική πρόσληψη της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας και αποδίδονται τα αίτια στην συμπεριφορά τους στο παρελθόν ενώ στη δεύτερη η θετική πρόσληψή της εφόσον αποτελεί τεκμήριο γονιμότητας.

Τέλος, όσο αφορά την πρόσληψη της κοινωνίας, η θετική, όπως υποστηρίζεται από τις εργαζόμενες, περιλαμβάνει την συμπόνια, την κατανόηση, τη στήριξη του ζευγαριού ενώ η αρνητική εκλαμβάνεται ως ενδιαφέρον, περιέργεια, λύπηση, κοροϊδία, σνομπάρισμα με αρνητικό σχολιασμό, με κακό κουτσομπολιά,

χωρίς διάθεση στήριξης. Προβάλλεται η επιταγή της κοινωνίας σχετικά με τις κοινωνικές αξίες του γάμου και της ολοκλήρωσής του με τα παιδιά και την οικογένεια. Παρότι θεωρείται από τις γυναίκες ότι η στάση νεώτερων-παλαιότερων ατόμων, όπως υποστηρίζουν περισσότερο οι νοικοκυρές, ατόμων από πόλη-επαρχία και από χαμηλά-υψηλά κοινωνικά στρώματα διαφοροποιείται, εν τούτοις αναδύεται το θέμα της πρόσληψης της αναπαράστασης της κοινωνίας αλλά και της αποδοχής ή όχι της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η αρνητική στάση της κοινωνίας, όπως την προσλαμβάνουν οι γυναίκες, για τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά ταυτόχρονα η επιταγή της κοινωνίας για την απόκτηση παιδιού στοιχειοθετούν τη συγκρουσιακότητα για τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης εφόσον από τη μια πλευρά επιθυμούν αλλά δεν έχουν αποκτήσει παιδί και από την άλλη κάνουν χρήση μιας μεθόδου, επιστημονικής μεν αλλά κοινωνικά μη επιθυμητής και αποδεκτής.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης σε σχέση με αυτές που έχουν παιδί από εξωσωματική ή έχουν επιτύχει εγκυμοσύνη από την εξωσωματική, προσλαμβάνουν πιο συγκρουσιακά την κατάσταση της υπογονιμότητας αφενός η οποία συνδέεται με την απώλεια του φυσιολογικού καθεστώτος και τη μη ένταξη στην κοινωνία καθώς και τη μη ολοκλήρωση της γυναίκας (προσωπικό επίπεδο/ταυτότητα) αλλά και των αναπαραστάσεων της κοινωνίας αφετέρου.

Ως εκ τούτου, παρουσιάζει μεγαλύτερο ενδιαφέρον η μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων στην ομάδα αυτή των γυναικών χωρίς όμως να υποβιβάζεται ο ρόλος των αναπαραστάσεων στις γυναίκες έγκυες ή και με παιδιά με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε την αρνητική διάθεση των γυναικών με παιδί να συμμετάσχουν στην έρευνα. Για το λόγο αυτό, μόνο δύο γυναίκες αυτής της ομάδας συμμετείχαν στις συνεντεύξεις.

Εν κατακλείδι, η πρόσληψη της υπογονιμότητας περικλείει τις διαστάσεις της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου και κυρίως των γυναικών, είναι συνδεδεμένη με τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά και των αναπαραστάσεων που έχουν για τη θέση της κοινωνίας για την υπογονιμότητα και τη χρήση εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και του βαθμού αποδοχής των κοινωνικών επιταγών. Η πρόσληψη αυτή φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το Ποίος παρουσιάζει το πρόβλημα υπογονιμότητας, την εργασιακή κατάσταση, την

ύπαρξη εγκυμοσύνης στο παρελθόν (πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπογονιμότητα) και τέλος με την παρούσα κατάσταση/εμπειρία.

Δ.2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δ.2.3.1 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-ΑΞΟΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Απώτερος στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των γυναικών οι οποίες εντάσσονται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης για την υπογονιμότητα και τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν την κατάσταση της υπογονιμότητας καθώς και τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται στις εξής ενότητες:

A) Οι ερωτήσεις οι οποίες στοχεύουν στη συλλογή αφενός των δημογραφικών στοιχείων των γυναικών οι οποίες θα συμμετέχουν στην έρευνα (ημερομηνία γέννησης, εκπαιδευτικό επίπεδο, απασχόληση), αφετέρου των προσωπικών στοιχείων των γυναικών του δείγματος (παρουσία άλλων παιδιών στην οικογένεια, ημερομηνία γάμου, χρονικός προσδιορισμός της πρώτης ιατρικής βοήθειας, προσδιορισμός του σταδίου της διαδικασίας εξωσωματικής γονιμοποίησης). Οι ερωτήσεις θα δώσουν μια εικόνα των ερωτώμενων γυναικών του δείγματος σχετικά με τα γεγονότα της προσωπικής ζωής των γυναικών.

B) Οι ερωτήσεις οι οποίες θα δώσουν το βαθμό του pronatalism (η στάση ότι αφορά την ενθάρρυνση της αναπαραγωγής η οποία σχετίζεται με το γονεϊκό ρόλο και λαμβάνει χώρα πριν τη γέννηση (pro-birth)). Ο βαθμός αυτός αποτελεί ένα δείκτη-από μια άποψη- του ενστερνισμού των αξιών για την οικογένεια και τα παιδιά, μια διαδικασία μακρόχρονη και ασυνείδητη. Όσο οι απαντήσεις των συγκεκριμένων ερωτήσεων είναι θετικές τόσο ο ενστερνισμός είναι μεγαλύτερος.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί μια κοινωνική επιθυμία για τους ενήλικες και των δύο φύλων και η οποία εκφράζεται κυρίως από τις γυναίκες εξαιτίας της πρόσληψης του γυναικείου ρόλου (γυναικείο φύλο, θηλυκότητα μητρότητα).

Οι ερωτήσεις σχετικά με το βαθμό του pronatalism είναι οι εξής:

- Τα παιδιά είναι η φυσική και η φυσιολογική κατάληξη του γάμου
- Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας
- Τα παιδιά κάνουν το γάμο ευτυχισμένο και λιγότερο ευάλωτο στο διαζύγιο
- Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν μια έκφραση ώριμης αγάπης

- Τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά
- Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία
- Τα παιδιά επιβεβαιώνουν τη γυναικεία ή αντρική σεξουαλικότητα
- Η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική
- Το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση των παιδιών τους
- Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής

Γ) Οι ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με τον τρόπο πρόσληψης του γυναικείου ρόλου από τις γυναίκες του δείγματός μας είναι:

- Η μητρότητα είναι συνώνυμο της θηλυκότητας
- Η μητρότητα είναι αναγκαία για την ολοκληρωμένη και ώριμη γυναίκα
- Ο προορισμός της κάθε γυναίκας είναι η απόκτηση παιδιού
- Η σεξουαλικότητα των γυναικών σε σχέση με τη σεξουαλικότητα των αντρών είναι:

A) Ανώτερη B) Κατώτερη Γ) Ισοδύναμη

Δ) Οι ερωτήσεις στη συνέχεια για την υπογονιμότητα εστιάζονται στην πρόσληψη των γυναικών για τη φύση της υπογονιμότητας και της αιτίας. Η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την υπογονιμότητα πραγματοποιείται μέσω της διερεύνησης των συνειρμών γονιμότητας-υπογονιμότητας. Η σκοπιμότητα της μη αναφοράς στον όρο της υπογονιμότητας είναι η αυθόρμητη παραγωγή του λόγου για το πλαίσιο το οποίο περικλείει το αντίθετο της γονιμότητας. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαμε να αποφύγουμε τη μεροληψία των ερωτώμενων γυναικών. Οι αντίστοιχες ερωτήσεις είναι οι εξής:

- Πιστεύετε ότι η έλλειψη γονιμότητας έχει ψυχολογική βάση ανεξάρτητα από την αιτία που διαπιστώνεται
- Για την έλλειψη γονιμότητας ευθύνεται το άτομο ή το ζευγάρι; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.
- Η έλλειψη γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γυναίκα
- Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά της γονιμότητας;

- Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά του αντιθέτου της γονιμότητας;
(Στις δύο τελευταίες ερωτήσεις ζητείται να δοθεί και η αξία των χαρακτηριστικών)
- Το αντίθετο της γονιμότητας είναι
 1. Ασθένεια
 2. Ανικανότητα
 3. Ανεκπλήρωτη επιθυμία
 4. Αναπηρία
 5. Κάτι άλλο προσδιορίστε τι

Ε) Η τεχνική της εξωσωματικής γονιμοποίησης επικεντρώνεται στο γεγονός της απόκτησης παιδιού και όχι στην επίλυση του προβλήματος της υπογονιμότητας. Συνεπώς, η έννοια της ιατρικής θεραπείας δεν έχει το ίδιο νόημα στην περίπτωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης με την περίπτωση κάποιας άλλης νόσου (Winston in Snowden, 1998).

Επιπρόσθετα, η θέση των γυναικών στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ιδιόζουσα. Αφενός οι γυναίκες αναμένεται να κρατήσουν το μεγαλύτερο φορτίο των επώδυνων ιατρικών επεμβάσεων, αφετέρου οι κοινωνικές και οι πολιτιστικές αξίες της κοινωνίας μας, δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της μητρότητας για το ρόλο της γυναίκας και η αποτυχία να αναπαράγει αποδίδεται κύρια σε αυτή (Miall, 1986). Η εμπειρία των συγκεκριμένων γυναικών έχει ενσωματώσει και το λόγο της ιατρικής στις αναπαραστάσεις που έχουν για την υπογονιμότητα. Οι επιμέρους άξονες των παραπάνω ερωτήσεων για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής είναι:

1. Φύση και νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής
 2. Ηθική και χρήση νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Στον άξονα αυτό περιλαμβάνονται και οι ερωτήσεις γύρω από το θρησκευτικό αίσθημα και τη σεξουαλικότητα, θέματα κεντρικής σημασίας για την κατανόηση της προσωπικής αντίληψης για την ηθική.
- Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης
 - Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας

- Η χρησιμοποίηση σπέρματος ή ωαρίου από ξένα άτομα είναι θεμιτή και νόμιμη
- Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη σπέρματος ξένου ατόμου;
- Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη ωαρίου ξένου ατόμου;
- Πιστεύετε ότι το να απευθυνθείτε σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι κοινωνικά επιθυμητό;
- Κατά τη γνώμη σας το χριστιανικό δόγμα είναι η μόνη ορθή και ηθική ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων
- Ο σκοπός του σεξ είναι η αναπαραγωγή
- Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το θρησκευτικό αίσθημα;
 1. Πιστό
 2. Θρησκευόμενο
 3. Ουδέτερο

ΣΤ) Η πρόσληψη των αναπαραστάσεων της κοινωνίας θα δώσει τη βάση του κοινωνικού στοιχείου των αναπαραστάσεων των γυναικών για την υπογονιμότητα και τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι από τις συνεντεύξεις διαπιστώθηκε ότι στον ένα αντίποδα περιλαμβάνεται ο κοινωνικός έλεγχος μέσω της αναπαραγωγικής λειτουργίας της οικογένειας και μεταφράζεται με την έκφραση της επιθυμίας απόκτησης παιδιού. Στον άλλο αντίποδα η αντίθεση της κοινωνίας στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής οι οποίες από μια άποψη στοχεύουν στην εκπλήρωση της συγκεκριμένης λειτουργίας της οικογένειας, οδηγεί τους ενήλικες με προβλήματα γονιμότητας να προσπαθούν για την υπερπήδηση των εμποδίων της ατεκνίας με τις τεχνολογίες αυτές, αισθανόμενοι όμως παράλληλα τον αποκλεισμό λόγω μη επίτευξης κοινωνικών στόχων αλλά και λόγω χρήσης των τεχνολογιών αυτών.

Οι αντίστοιχες ερωτήσεις έχουν ως εξής:

Κατά τη γνώμη σας, η κοινωνία πιστεύει ότι:

- Η εξωσωματική γονιμοποίηση εναντιώνεται στη φύση
- Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές
- Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων
- Τα προβλήματα γονιμότητας οφείλονται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πολύ αγχωμένες
- Η μη γονιμότητα δεν είναι ασθένεια και συνεπώς δεν χρειάζεται ιατρική βοήθεια

- Υπάρχουν πολλά παιδιά που περιμένουν να υιοθετηθούν και συνεπώς δεν θα πρέπει κάποιος να επιμένει τόσο πολύ να κάνει παιδί

Z) Επιπρόσθετα ο προσδιορισμός της γυναικείας ταυτότητας οδηγεί στην εξέταση του συστήματος κατηγοριοποίησης που χρησιμοποιούν οι συγκεκριμένες γυναίκες προκειμένου να εντάξουν τον εαυτό τους. Συνεπώς οι ερωτήσεις περί κατηγοριακής υπαγωγής συντελούν:

1. Καθορισμός της γυναικείας ομάδας ως ολικής οντότητας. Σκοπός είναι ο εντοπισμός των χαρακτηριστικών της ατομικής ταυτότητας και ο διαχωρισμός τους από τα χαρακτηριστικά της ομάδας ταυτότητας προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ταύτισης με την ομάδα γυναικών
- Κατά τη γνώμη σας οι γυναίκες είναι (δώστε το λιγότερο πέντε φράσεις, λέξεις)
2. Εκτίμηση του συναισθήματος και της αξίας που αποδίδουν στη γυναικεία ομάδα όπου εντάσσονται. Ανώτερος στόχος είναι η αξιολόγηση της εκτίμησης του «εαυτού» ως προς τη συναισθηματική αξία που λαμβάνουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά
- Στην προηγούμενη ερώτηση και για κάθε απάντηση βάλτε σε κύκλο τα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν μέρος της προσωπικότητάς σας καθώς επίσης και τα πρόσημα + ή – για τα θετικά ή για τα αρνητικά χαρακτηριστικά αντίστοιχα.
3. Καθορισμός των ομάδων ένταξης ή μη είναι ο επόμενος στόχος. Πιο συγκεκριμένα μας ενδιαφέρει να δούμε τον προσδιορισμό της εικόνας της κοινωνικής ομάδας των γυναικών ως ομάδα αλλά και ως άτομο. Με άλλα λόγια να ερευνήσουμε τα συγκεκριμένα μέλη-άτομα τα οποία αναφέρονται από τις γυναίκες ώστε να κατανοήσουμε τα ειδικά επιλεγμένα χαρακτηριστικά τους.
- Στην αρχική ερώτηση και δίπλα σε κάθε απάντηση σημειώστε αν αναφέρεστε σε όλες τις γυναίκες, σε μια υποομάδα των γυναικών ή σε συγκεκριμένη γυναίκα. Προσδιορίστε.

Παρότι ο παραπάνω μεθοδολογία αποτελεί μέρος της μεθοδολογίας του IMIS στα πλαίσια της εγώ-οικολογικής έρευνας, εν τούτοις μπορούμε να αντλήσουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον προσδιορισμό της γυναικείας ομάδας αλλά και των υποομάδων που συνθέτουν την ολική οντότητα της συγκεκριμένης ομάδας. Ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες αξιολογούν και κατηγοριοποιούν τον εαυτό τους

αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν το χειρισμό της πληροφορίας γύρω από τα θέματα υπογονιμότητας και εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Δ.2.3.2 ΠΡΟΕΡΕΥΝΑ-ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η προέρευνα περιελάμβανε τη χορήγηση ενός μικρού αριθμού ερωτηματολογίων προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα στην κατανόησή τους και κατά προέκταση στη συμπλήρωσή τους (προέρευνα) αλλά και να επισημανθούν τυχόν ελλείψεις. Σκοπός της προέρευνας ήταν:

- η διαμόρφωση του αρχικού ερωτηματολογίου και
- η χορήγηση των νέων ερωτηματολογίων

Όσο αφορά την προέρευνα, οι ερωτώμενες γυναίκες χαρακτήρισαν τις ερωτήσεις κατανοητές. Παρόλα αυτά όμως η χρήση της επταβάθμιας κλίμακας (Likert) δεν έγινε με σωστό τρόπο από τις ερωτώμενες. Δεδομένου τούτου κρίθηκε σκόπιμο η επταβάθμια κλίμακα να μετατραπεί σε πενταβάθμια και επίσης να αναγράφονται σε κάθε ερώτηση οι χαρακτηρισμοί των αριθμών της κλίμακας.

Το ερωτηματολόγιο παρότι θεωρήθηκε μεγάλο σε έκταση εν τούτοις η συμπλήρωση των κλειστών ερωτήσεων ήταν επιτυχής σε αντίθεση με αυτή των ανοιχτών. Για το λόγο αυτό διατηρήθηκαν οι πιο σημαντικές ανοιχτές ερωτήσεις όπως:

- Η αιτιολόγηση της απάντησης στην ερώτηση «Για την έλλειψη γονιμότητας ευθύνεται α)το άτομο β)το ζευγάρι
- Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά της γονιμότητας
- Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά του αντιθέτου της γονιμότητας
- Κατά τη γνώμη σας οι γυναίκες είναι (Δώστε το λιγότερο πέντε λέξεις ή φράσεις –χαρακτηριστικά γυναικών) *Για κάθε απάντηση βάλτε σε κύκλο τα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν μέρος της προσωπικότητάς σας καθώς επίσης και τα πρόσημα + ή – για τα θετικά ή για τα αρνητικά χαρακτηριστικά αντίστοιχα
- Παρατηρήσεις

Επιπρόσθετα, συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο με δύο ερωτήσεις:

- Η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά είτε τα προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται στην ίδια είτε στο σύντροφό της
- Η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλονται σε αυτόν

Το θέμα της σεξουαλικότητας είναι σημαντικό διότι σχετίζεται άμεσα με την ταυτότητα του ατόμου και η οποία θίγεται άμεσα στην περίπτωση που το ζευγάρι αποφασίσει την οδό της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης. Ακόμα, η σημασία του πώς προσλαμβάνουν τη διαφορά της σεξουαλικότητας μεταξύ αντρών και γυναικών θα βοηθήσει στην κατανόηση των αποτελεσμάτων εφόσον αναμένεται να διαφοροποιηθούν ανάλογα με το πρόβλημα της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζει η γυναίκα (ερωτώμενη) του υπογόνιμου ζευγαριού, δηλαδή ανάλογα με τη γυναικεία και την αντρική υπογονιμότητα.

Σχετικά με την χορήγηση των διαμορφωμένων ερωτηματολογίων, ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: Αρχικά εντοπίστηκαν τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα. Τον κατάλογο αυτό έχει επιμεληθεί το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «KYBELH», μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας IFIPA (International Federation of Infertility Patient Associations) και το οποίο συμμετέχει από τον Οκτώβριο του 1997 ως μέλος στην Επιτροπή Εξωσωματικής Γονιμοποίησης που έχει συσταθεί από το ΚΕΣΥ και επεξεργάζεται την εισήγηση για την έκδοση του Προεδρικού Διατάγματος σχετικά με τη σύσταση και τη λειτουργία των Μονάδων Τεχνητής Γονιμοποίησης στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τον κατάλογο αυτό τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Αθήνα τα οποία λειτουργούν είναι στον αριθμό είκοσι τρία. Από αυτά τα τρία μόνο είναι δημόσια (το Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ», «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» και «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» (δεν λειτουργεί) και τα υπόλοιπα ιδιωτικού χαρακτήρα. Όσο αφορά τα τελευταία αυτά διαχωρίζονται σε αυτόνομα κέντρα αφενός και σε μονάδες μαιευτηρίων και παράλληλα λειτουργούν και οι ιδιώτες γυναικολόγοι οι οποίοι συνεργάζονται με τα ιδιωτικά κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος της έρευνας, απευθύνθηκα στα εξής κέντρα:

Α. Δημόσια

- Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρας»
- Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Μαιευτηρίου «Ελενα»

Β. Ιδιωτικά

- Μονάδα εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Μαιευτηρίου «Ιασώ»
- Κέντρο Ανθρώπινης Αναπαραγωγής

Συμπληρωματικά θα πρέπει να αναφέρω ότι η μονάδα του ιδιωτικού Μαιευτηρίου «Μητέρα» υπολειτουργούσε και για το λόγο αυτό απευθύνθηκα στο «Ιασώ». Επιπρόσθετα, εξαιτίας του γεγονότος ότι το μόνο κριτήριο διαφοροποίησης των κέντρων μεταξύ τους είναι τα ποσοστά επιτυχίας για τα οποία όμως δεν υπάρχει καμιά επίσημη αναφορά, η επιλογή οποιουδήποτε κέντρου δε φαίνεται να επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Στη συνέχεια ήρθα σε επαφή με τους διευθυντές και τους επιστημονικά υπεύθυνους των παραπάνω κέντρων προκειμένου να παρουσιάσω τους σκοπούς της έρευνας καθώς επίσης και το ερωτηματολόγιο. Παρότι διατυπώθηκαν κάποιοι προβληματισμοί σχετικά με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου, συμφώνησαν σε αυτήν. Όσο αφορά τη διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου δεν κρίθηκε σκόπιμη η παρουσία και η εμπλοκή μου λόγω των πιθανών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν στην ομαλή λειτουργία των κέντρων και στην εξυπηρέτηση των υπογόνιμων ζευγαριών. Υπεύθυνοι για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων ορίστηκαν μέλη του προσωπικού του κέντρου τα οποία έρχονται σε άμεση επαφή με τα ζευγάρια, κυρίως οι προϊσταμένες των τμημάτων.

Μετά την άτυπη έγκριση των επιστημονικά υπευθύνων των κέντρων εξωσωματικής γονιμοποίησης στα οποία πρόκειται να γίνει η έρευνα, το επόμενο βήμα ήταν η επίσημη έγκριση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων-μαιευτηρίων. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία διάρκεσε πολύ χρόνο αλλά ήταν απαραίτητη για τη νομιμότητα της έρευνας. Τελικά έλαβα και την έγκριση αυτή των διοικητικών συμβουλίων και συνεπώς ξεκίνησε και η φάση της χορήγησης των ερωτηματολογίων. Συνολικά δόθηκαν διακόσια πενήντα (250) ερωτηματολόγια και για τα πέντε κέντρα που θα συμμετέχουν στην έρευνα, πενήντα (50) ερωτηματολόγια σε κάθε κέντρο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω των αναταραχών στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι απεργίες των καθηγητών γυναικολόγων ανέτρεψαν το πρόγραμμα ολοκλήρωσης της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η μη-λειτουργία της Μονάδας Εξωσωματικής Γονιμοποίησης στο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» είχε ως συνέπεια τον ελλιπή

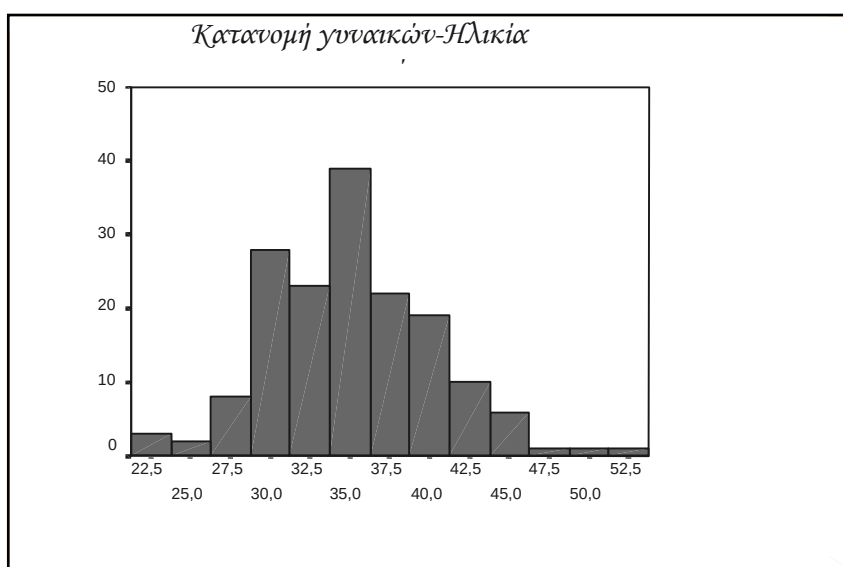
αριθμό συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

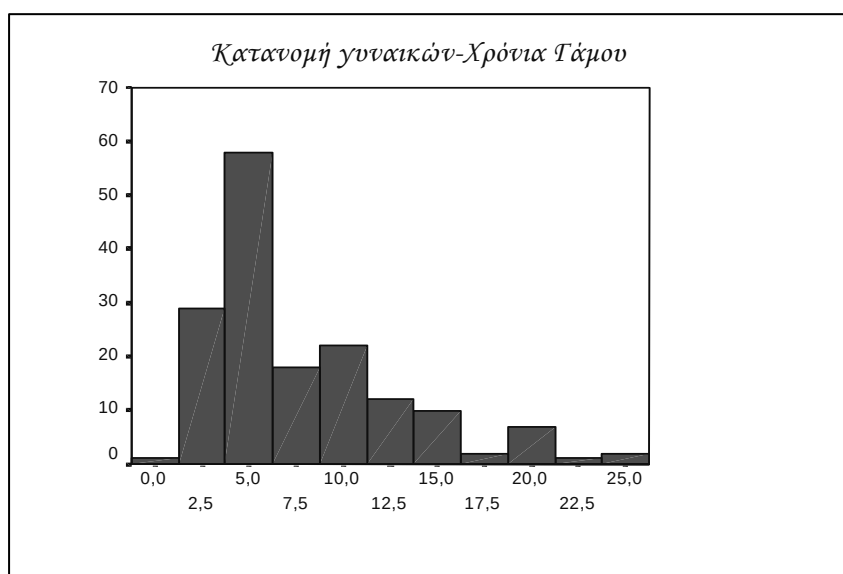
Ε1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα αποτελείται από 164 γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η ηλικία τους κυμαίνεται από 22 χρόνων έως 53 χρόνων. Όπως φαίνεται ο μέσος όρος είναι 35,1 χρόνια. Όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα 1. Τα χρόνια γάμου κυμαίνονται από 1 έως 26 με μέσο όρο 7,7 όπως φαίνεται και στο ιστόγραμμα 2.

Ιστόγραμμα 1: Παρουσίαση δείγματος σύμφωνα με τις ομάδες ηλικίας



Ιστόγραμμα 2: Παρουσίαση δείγματος σύμφωνα με τα χρόνια γάμου



Σχετικά με την κατανομή των γυναικών στις κλινικές, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής όπως φαίνεται στον πίνακα 1:

<i>Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος ανά κλινική</i>		
<i>Κλινική</i>	<i>Απόλυτη Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα</i>
<i>Κλινική Κ, Πάντου</i>	<i>49</i>	<i>29,9%</i>
<i>Ιασώ</i>	<i>56</i>	<i>34,1%</i>
<i>Έλενα</i>	<i>51</i>	<i>31,1%</i>
<i>Αλεξάνδρα</i>	<i>8</i>	<i>4,8%</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Σε σχέση με την εκπαίδευσή τους και την απασχόλησή τους, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3 αντίστοιχα,

<i>Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης</i>		
<i>Επίπεδο Εκπαίδευση</i>	<i>Απόλυτη Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα</i>
<i>Δημοτικό</i>	<i>4</i>	<i>2,4%</i>
<i>Γυμνάσιο</i>	<i>24</i>	<i>14,5%</i>
<i>Λύκειο</i>	<i>54</i>	<i>32,7%</i>
<i>ΤΕΙ-ΑΕΙ</i>	<i>48</i>	<i>29,1%</i>
<i>Μεταπτυχιακές Σπουδές</i>	<i>9</i>	<i>5,5%</i>
<i>Ιδιωτική Εκπαίδευση</i>	<i>17</i>	<i>10,3%</i>
<i>ΙΕΚ</i>	<i>1</i>	<i>0,6%</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>157</i>	<i>95,2%</i>

Το μεγαλύτερο τμήμα των γυναικών είναι απόφοιτες Λυκείου, σχολών ΤΕΙ/ΑΕΙ και με μεταπτυχιακές σπουδές, 67,3%, απόφοιτες Δημοτικού/Γυμνασίου 16,9 % ενώ ιδιωτικής εκπαίδευσης 10,9%.

Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ανά απασχόληση		
<i>Απασχόληση</i>	<i>Απόλυτη Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα</i>
Οικιακά	42	25,5%
Δημόσιος Υπάλληλος	34	20,6%
Υπάλληλος	53	32,1%
Απασχόληση στην Επιχείρηση του Σύζυγο	4	2,4%
Μερική Απασχόληση	7	4,2%
Εργοδότης	23	13,9%
Αγρότισσα	1	0,6%
Σύνολο	164	99,4%

Οι κύριες κατηγορίες απασχόλησης των γυναικών είναι τα οικιακά (25,5%), δημόσια υπάλληλος (20,6%) και ιδιωτική υπάλληλος (32,1%), ενώ σε ποσοστό 13,9% η κατηγορία των εργοδοτριών.

Όσο αφορά την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια (προηγούμενη εγκυμοσύνη ή συζύγου από άλλο γάμο) σε συνδυασμό με την ύπαρξη εγκυμοσύνης στο παρελθόν στον πίνακα 4 καταγράφονται τα εξής:

Πίνακας 4: Κατανομή δείγματος ανά εγκυμοσύνη στο παρελθόν και παιδιά στην οικογένεια			
<i>Εγκυμοσύνη στο Πάρελθόν</i>	<i>Παιδιά στην Οικογένεια</i>		<i>Σύνολο</i>
	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	
Ναι	14/19,7%/66,7% ⁵⁵	57/80,3%/40,1%	71/100%/43,6%
Όχι	7/7,6%/33,3%	85/92,4%/59,9%	92/100%/56,4%
Σύνολο	21/12,9%/100%	142/ 87,1%/100%	163/ 100%

Παρατηρούμε ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που έχουν μείνει έγκυες στο παρελθόν δεν έχουν παιδιά στην οικογένεια (80,3%), ενώ ένα μικρό ποσοστό γυναικών οι οποίες δεν έχουν μείνει έγκυες έχουν παιδιά στην οικογένεια (από σύζυγο) (7,6%)

Επίσης, σχετικά με την ερώτηση ποιος έχει το πρόβλημα, ο πίνακας 5 μας παρουσιάζει:

⁵⁵ Ο πρώτος αριθμός στην κυνέλη δηλώνει την απόλυτη συχνότητα των υποκειμένων που εμπίπτουν στο συνδυασμό των κατηγοριών των μεταβλητών, ο δεύτερος τη σχετική συχνότητα κατά γραμμή και ο τρίτος τη σχετική συχνότητα κατά στήλη.

<i>Πίνακας 5: Κατανομή δείγματος ανά πρόβλημα υπογονιμότητας</i>		
	<i>Απόλυτη Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα</i>
<i>Γυναίκα</i>	55	33,3%
<i>Ανδρας</i>	53	32,1%
<i>Και οι δύο</i>	46	27,9%
<i>Κανένας ή Δεν Ξέρω</i>	4	2,4%
<i>Σύνολο</i>	158	95,8%

Παρατηρούμε ότι το δείγμα των γυναικών μοιράζεται σε τρεις ομάδες με την ίδια περίπου συχνότητα: γυναικεία υπογονιμότητα, ανδρική υπογονιμότητα και κοινή υπογονιμότητα.

Συνοπτικά, το δείγμα αποτελείται από 164 γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης τόσο σε ιδιωτικά κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης σε ιδιωτικού δικαίου νοσοκομεία αλλά και σε δημοσίου δικαίου νοσοκομεία. Ο μέσος όρος των γυναικών είναι 35,1 χρόνια ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (67,3 %) είναι απόφοιτες Λυκείου, ΤΕΙ, ΑΕΙ και μεταπτυχιακών σχολών και σε μικρότερα ποσοστά δημοτικού/γυμνασίου και ιδιωτικών σχολών. Όσο αφορά την απασχόληση, η πλειοψηφία των γυναικών φαίνεται ότι ασχολείται με οικιακά ή εργάζονται στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα και σε μικρότερο ποσοστό είναι εργοδότες. Όσο αφορά την πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή εγκυμοσύνη, το δείγμα φαίνεται ότι χωρίζεται σε δύο περίπου ίσες ομάδες, ενώ παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών οι οποίες έχουν μείνει έγκυες, δεν έχουν παιδιά στην οικογένεια (80,3%) και ένα μικρό ποσοστό γυναικών οι οποίες δεν έχουν μείνει έγκυες έχουν παιδιά στην οικογένεια (7,6%). Τέλος, σχετικά με τη διαπίστωση του προβλήματος (γυναικεία, ανδρική και κοινή υπογονιμότητα) το δείγμα χωρίζεται σε τρεις περίπου ισόποσες ομάδες.

Ε2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ

Σκοπός του υποκεφαλαίου αυτού είναι η παρουσίαση των στατιστικών πινάκων που αναφέρονται στις συχνότητες των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Όσο αφορά τον πρώτο άξονα των ερωτήσεων ο οποίος σχετίζεται με τον ενστερνισμό των αξιών γύρω από την οικογένεια, παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 13, κατά τη γνώμη σας, τα παιδιά είναι η φυσική και φυσιολογική κατάληξη του γάμου

<i>Πίνακας 6 : Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Κατά τη γνώμη σας, τα παιδιά είναι η φυσική και φυσιολογική κατάληξη του γάμου</u></i>		
<i>Διαφωνώ</i>	6	3,6%
<i>ΟΔ/ΟΣ⁵⁶</i>	31	18,8%
<i>Συμφωνώ</i>	78	47,3%
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	48	29,1%
<i>Αναπάντητες</i>	2	1,2%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 14: Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή

<i>Πίνακας 7: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή</u></i>		
<i>Διαφωνώ</i>	5	3%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	15	9,1%
<i>Συμφωνώ</i>	86	52,1%
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	57	34,5%
<i>Αναπάντητες</i>	2	1,2%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 15: Τα παιδιά κάνουν το γάμο ευτυχισμένο και λιγότερο ευάλωτο στο διαζύγιο

<i>Πίνακας 8: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή</u></i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	7	4,2%
<i>Διαφωνώ</i>	36	21,8%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	47	28,5%
<i>Συμφωνώ</i>	49	29,7%
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	25	15,2%
<i>Αναπάντητες</i>	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

⁵⁶ ΟΔ/ΟΣ σημαίνει ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 16: Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν μια ώριμη έκφραση αγάπης

<i>Πίνακας 9: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν μια ώριμη έκφραση αγάπης</i>		
Διαφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Διαφωνώ	18	10,9%
ΟΔ/ΟΣ	23	13,9%
Συμφωνώ	66	40%
Συμφωνώ Απόλυτα	55	33,3%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 17: Τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά

<i>Πίνακας 10: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά</i>		
Διαφωνώ Απόλυτα	13	7,9%
Διαφωνώ	64	38,8%
ΟΔ/ΟΣ	40	24,2%
Συμφωνώ	36	21,8%
Συμφωνώ Απόλυτα	10	6,1%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 18: Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία

<i>Πίνακας 11: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία</i>		
Διαφωνώ	17	10,3%
ΟΔ/ΟΣ	23	13,9%
Συμφωνώ	77	46,7%
Συμφωνώ Απόλυτα	47	28,5
Αναπάντητες	1	0,6%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 19: Τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική και γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα και ικανότητα

Πίνακας 12: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική και γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα και ικανότητα

Διαφωνώ Απόλυτα	25	15,2%
Διαφωνώ	78	47,3%
ΟΔ/ΟΣ	34	20,6%
Συμφωνώ	19	11,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	7	4,2%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 20: Η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική, δηλαδή η εξασφάλιση των παιδιών

Πίνακας 13: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική, δηλαδή η εξασφάλιση των παιδιών

Διαφωνώ Απόλυτα	6	3,6%
Διαφωνώ	39	23,6%
ΟΔ/ΟΣ	49	29,7%
Συμφωνώ	51	30,9%
Συμφωνώ Απόλυτα	17	10,3%
Αναπάντητες	3	1,8%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 21: Το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους

Πίνακας 14: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους

Διαφωνώ Απόλυτα	2	1,2%
Διαφωνώ	13	7,9%
ΟΔ/ΟΣ	22	13,3%
Συμφωνώ	104	63%
Συμφωνώ Απόλυτα	21	12,7%
Αναπάντητες	3	1,8%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 23: Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής

Πίνακας 15: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής

Διαφωνώ	6	3,6%
ΟΔ/ΟΣ	19	11,5%
Συμφωνώ	88	53,3%
Συμφωνώ Απόλυτα	46	27,9%
Αναπάντητες	6	3,6%
Σύνολο	165	100%

Παρατηρούμε συνεπώς το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων γυναικών συμφωνεί στο ότι τα παιδιά είναι η φυσική και φυσιολογική κατάληξη του γάμου (76,4%), ότι είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή (86,6%), ότι αντιπροσωπεύουν μια έκφραση ώριμης αγάπης (73,3%), ότι είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία (75,2%), ότι το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους (75,7%) και ότι ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής (81,2%). Τα σημεία που συμφωνούν λιγότερο είναι ότι τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική ή γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα και ικανότητα (15,7%), ότι είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά (27,9%), η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική (41,2%) και τέλος ότι τα παιδιά κάνουν το γάμο ευτυχισμένο και λιγότερο ευάλωτο στο διαζύγιο (44,9%).

Σχετικά με τις ερωτήσεις για τη γυναίκα, τη μητρότητα και τη θηλυκότητα, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 22: Η μητρότητα είναι συνώνυμο της θηλυκότητας

Πίνακας 16: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η μητρότητα είναι συνώνυμο της θηλυκότητας

Διαφωνώ Απόλυτα	11	6,7%
Διαφωνώ	62	37,6%
ΟΔ/ΟΣ	42	25,5%
Συμφωνώ	31	18,8%
Συμφωνώ Απόλυτα	17	10,3%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 24: Η μητρότητα είναι αναγκαία για την ολοκληρωμένη και ώριμη γυναίκα

Πίνακας 17: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η μητρότητα είναι αναγκαία για την ολοκληρωμένη και ώριμη γυναίκα

Διαφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Διαφωνώ	14	8,5%
ΟΔ/ΟΣ	28	17%
Συμφωνώ	80	48,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	41	24,8%
Αναπάντητες	1	0,6%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 25: Ο προορισμός κάθε γυναίκας είναι η απόκτηση παιδιού

Πίνακας 18: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Ο προορισμός κάθε γυναίκας είναι η απόκτηση παιδιού

Διαφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Διαφωνώ	26	15,8%
ΟΔ/ΟΣ	41	24,8%
Συμφωνώ	70	42,4%
Συμφωνώ Απόλυτα	24	14,5%
Αναπάντητες	1	0,6%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 26: Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν παιδιά δεν παρουσιάζουν τη θηλυκότητα αυτών που έχουν

Πίνακας 19: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν παιδιά δεν παρουσιάζουν τη θηλυκότητα αυτών που έχουν

Διαφωνώ Απόλυτα	22	13,3%
Διαφωνώ	100	60,6%
ΟΔ/ΟΣ	28	17%
Συμφωνώ	10	6,1%
Συμφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενες γυναίκες δε συνδέουν τη μητρότητα με τη θηλυκότητα αλλά με την ολοκλήρωση της γυναίκας και επίσης ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών (57,3) υποστηρίζει ότι ο προορισμός της γυναίκας είναι η απόκτηση παιδιού.

Σχετικά με την αιτιολογία της υπογονιμότητας, στον πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 27: Πιστεύετε ότι η έλλειψη γονιμότητας έχει ψυχολογική βάση ανεξάρτητα από την αιτία που διαπιστώνεται

Πίνακας 20: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Πιστεύετε ότι η έλλειψη γονιμότητας έχει ψυχολογική βάση ανεξάρτητα από την αιτία που διαπιστώνεται

Διαφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Διαφωνώ	29	17,6%
ΟΔ/ΟΣ	36	21,8%
Συμφωνώ	82	49,7%
Συμφωνώ Απόλυτα	16	9,7%
Αναπάντητες	1	0,6%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 28: Η γυναίκα όταν διαπιστώνει προβλήματα γονιμότητας θα πρέπει να ανατρέξει στο παρελθόν της εξετάζοντας την προσωπική της ζωή

Πίνακας 21: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η γυναίκα όταν διαπιστώνει προβλήματα γονιμότητας θα πρέπει να ανατρέξει στο παρελθόν της εξετάζοντας την προσωπική της ζωή

Διαφωνώ Απόλυτα	8	4,8%
Διαφωνώ	54	32,7%
ΟΔ/ΟΣ	41	24,8%
Συμφωνώ	57	34,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Αναπάντητες	2	1,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 29: Για την έλλειψη γονιμότητας, ευθύνεται α)το άτομο β)το ζευγάρι

Πίνακας 22: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Για την έλλειψη γονιμότητας, ευθύνεται α) το άτομο β) το ζευγάρι

Άτομο	46	28%
Ζευγάρι	89	54,3%
Σύνολο	135	82,3%

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση 31: Η έλλειψη γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γυναίκα

Πίνακας 23: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η έλλειψη γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γυναίκα

Διαφωνώ Απόλυτα	21	12,7%
Διαφωνώ	89	53,9%
ΟΔ/ΟΣ	45	27,3%
Συμφωνώ	5	3%
Συμφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Αναπάντητες	4	2,4%
Σύνολο	165	100%

Παρατηρούμε ότι το 59,4 % των γυναικών υποστηρίζουν τη ψυχολογική βάση της υπογονιμότητας ενώ υπάρχει διάσταση απόψεων όσο αφορά την εξέταση της προσωπικής ζωής (37,5% διαφωνεί και το 36,3 % συμφωνεί). Υποστηρίζουν επίσης ότι ο κύριος λόγος της υπογονιμότητας δεν οφείλεται στη γυναίκα, ενώ ευθύνεται το ζευγάρι περισσότερο από ότι το άτομο.

Όσο αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με τη γονιμότητα και τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου, στον πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 32: Η γονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου

Πίνακας 24: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η γονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου

Διαφωνώ Απόλυτα	54	32,7%
Διαφωνώ	89	53,9%
ΟΔ/ΟΣ	12	7,3%
Συμφωνώ	4	2,4%
Συμφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Αναπάντητες	5	3%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 45: Ο σκοπός του σεξ είναι η αναπαραγωγή

Πίνακας 25: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Ο σκοπός του σεξ είναι η αναπαραγωγή</u>		
Διαφωνώ Απόλυτα	50	30,3%
Διαφωνώ	90	54,5%
ΟΔ/ΟΣ	14	8,5%
Συμφωνώ	4	2,4%
Αναπάντητες	7	4,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 46: Η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά είτε τα προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται στην ίδια είτε στο σύντροφό της

<i>Πίνακας 26: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά είτε τα προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται στην ίδια είτε στο σύντροφό της</i>		
Διαφωνώ Απόλυτα	14	8,5%
Διαφωνώ	65	39,4%
ΟΔ/ΟΣ	26	15,8%
Συμφωνώ	48	29,1%
Συμφωνώ Απόλυτα	5	3%
Αναπάντητες	7	4,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 47: Η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλονται σε αυτόν

<i>Πίνακας 27: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλονται σε αυτόν</i>		
Διαφωνώ Απόλυτα	11	6,7%
Διαφωνώ	79	47,9%
ΟΔ/ΟΣ	32	19,4%
Συμφωνώ	31	18,8%
Συμφωνώ Απόλυτα	2	1,2%
Αναπάντητες	10	6,1%
Σύνολο	165	100%

Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ότι η σεξουαλική ικανότητα του ατόμου δε σχετίζεται με τη γονιμότητα και ο σκοπός του σεξ δεν είναι η αναπαραγωγή. Το 47,9% των ερωτώμενων γυναικών διαφωνούν στο ότι η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται ανεξάρτητα της φύσης των προβλημάτων ενώ το 54,6% διαφωνούν στο ότι η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα παρουσιάζονται στον ίδιο.

Ο τρόπος με τον οποίο οι ερωτώμενες γυναίκες προσλαμβάνουν τις νέες μεθόδους αναπαραγωγής παρουσιάζεται στον πίνακα 28 με τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 36: Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης

Πίνακας 28: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης

ΟΔ/ΟΣ	16	9,7%
Συμφωνώ	93	56,4%
Συμφωνώ Απόλυτα	46	27,9%
Αναπάντητες	10	6,1%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 37: Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας

Πίνακας 29: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας

Διαφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Διαφωνώ	5	3%
ΟΔ/ΟΣ	44	26,7%
Συμφωνώ	81	49,1%
Συμφωνώ Απόλυτα	19	11,5%
Αναπάντητες	15	9,1%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 39: Η χρησιμοποίηση ωαρίου από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

Πίνακας 30 : Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η χρησιμοποίηση ωαρίου από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

Διαφωνώ Απόλυτα	13	7,9%
Διαφωνώ	19	11,5%
ΟΔ/ΟΣ	66	40%
Συμφωνώ	57	34,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	5	3%
Αναπάντητες	5	3%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 40: Η χρησιμοποίηση σπέρματος από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

Πίνακας 31 : Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η χρησιμοποίηση σπέρματος από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

Διαφωνώ Απόλυτα	14	8,5%
Διαφωνώ	24	14,5%
ΟΔ/ΟΣ	60	36,4%
Συμφωνώ	55	33,3%
Συμφωνώ Απόλυτα	6	3,6%
Αναπάντητες	6	3,6%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 41: Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη σπέρματος ή ωαρίου ξένου ατόμου

Πίνακας 32: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη σπέρματος ή ωαρίου ξένου ατόμου

Διαφωνώ Απόλυτα	25	15,2%
Διαφωνώ	37	22,4%
ΟΔ/ΟΣ	43	26,1%
Συμφωνώ	47	28,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	6	3,6%
Αναπάντητες	7	4,2%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 42: Πιστεύετε ότι το να απευθυνθείτε σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι κοινωνικά επιθυμητό

Πίνακας 33 : Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Πιστεύετε ότι το να απευθυνθείτε σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι κοινωνικά επιθυμητό

Διαφωνώ	5	3%
ΟΔ/ΟΣ	17	10,3%
Συμφωνώ	100	60,6%
Συμφωνώ Απόλυτα	38	23%
Αναπάντητες	5	3%
Σύνολο	165	100%

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων γυναικών (84,3%) υποστηρίζει ότι οι νέες τεχνολογίες βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης και το 60,6% ότι ακολουθούν τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας. Σε ότι αφορά τη νομιμότητα της χρήσης ωαρίου ή σπέρματος βλέπουμε ότι οι απαντήσεις κατανέμονται και στους τρεις τύπους απάντησης σχεδόν ομοιόμορφα και το ίδιο

ισχύει και στην ερώτηση της αποδοχής ωαρίου ή σπερματοζωαρίου. Το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης παρουσιάζεται ως κοινωνικά επιθυμητό (83,6%).

Η πηγή πληροφόρησης για τις νέες μεθόδους αναπαραγωγής παρουσιάζεται στον πίνακα 34:

<i>Πίνακας 34: Πηγή Αρχικής Πληροφόρησης για τις Νέες Μεθόδους Αναπαραγωγής</i>		
<i>Ιατροί</i>	94	57,3%
<i>Φίλοι</i>	28	17,1%
<i>Τηλεόραση/Ράδιο</i>	15	9,1%
<i>Βιβλία/Περιοδικά</i>	16	9,8%
<i>Άλλα (Σπουδές, Internet)</i>	5	3%
<i>Σύνολο</i>	158	96,3%

Στον άξονα των ερωτήσεων για την αναπαράσταση που έχουν οι ερωτώμενες γυναίκες για την αναπαράσταση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση και την υπογονιμότητα στον πίνακα 35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^α: Η εξωσωματική γονιμοποίηση διαχωρίζει το βιολογικό από το κοινωνικό μέρος του γονεϊκού ρόλου

<i>Πίνακας 35: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Η εξωσωματική γονιμοποίηση διαχωρίζει το βιολογικό από το κοινωνικό μέρος του γονεϊκού ρόλου</u></i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	20	12,1%
<i>Διαφωνώ</i>	72	43,6%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	34	20,6%
<i>Συμφωνώ</i>	27	16,4%
<i>Αναπάντητες</i>	12	7,3%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Στον πίνακα 36 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^β: Η εξωσωματική γονιμοποίηση εναντιώνεται στη φύση

<i>Πίνακας 36: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Η εξωσωματική γονιμοποίηση εναντιώνεται στη φύση</u></i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	24	14,5%
<i>Διαφωνώ</i>	91	55,2%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	34	20,6%
<i>Συμφωνώ</i>	9	5,5%
<i>Αναπάντητες</i>	7	4,2%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Στον πίνακα 37 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^γ: Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές

Πίνακας 37: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές		
Διαφωνώ Απόλυτα	21	12,7%
Διαφωνώ	89	53,9%
ΟΔ/ΟΣ	28	17%
Συμφωνώ	12	7,3%
Αναπάντητες	15	9,1%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 38 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^δ: Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων

Πίνακας 38: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων		
Διαφωνώ Απόλυτα	17	10,3%
Διαφωνώ	50	30,3%
ΟΔ/ΟΣ	49	29,7%
Συμφωνώ	29	17,6%
Συμφωνώ Απόλυτα	1	0,6%
Αναπάντητες	19	11,5%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 39 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^ε: Τα προβλήματα γονιμότητας οφείλονται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι αγχωμένες

Πίνακας 39: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Τα προβλήματα γονιμότητας οφείλονται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι αγχωμένες		
Διαφωνώ Απόλυτα	4	2,4%
Διαφωνώ	29	17,6%
ΟΔ/ΟΣ	55	33,3%
Συμφωνώ	60	36,4%
Συμφωνώ Απόλυτα	8	4,8%
Αναπάντητες	9	5,5%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^ς: Η μη γονιμότητα δεν είναι ασθένεια και συνεπώς δεν χρειάζεται ιατρική βοήθεια

<i>Πίνακας 40: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η μη γονιμότητα δεν είναι ασθένεια και συνεπώς δεν χρειάζεται ιατρική βοήθεια</i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	26	15,8%
<i>Διαφωνώ</i>	92	55,8%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	21	12,7%
<i>Συμφωνώ</i>	10	6,1%
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	1	0,6%
<i>Αναπάντητες</i>	15	9,1%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Στον πίνακα 41 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων της ερώτησης 43^η: Υπάρχουν πολλά παιδιά που περιμένουν να υιοθετηθούν και συνεπώς δεν θα πρέπει κάποιος να επιμένει τόσο πολύ να κάνει παιδί

<i>Πίνακας 41: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Υπάρχουν πολλά παιδιά που περιμένουν να υιοθετηθούν και συνεπώς δεν θα πρέπει κάποιος να επιμένει τόσο πολύ να κάνει παιδί</i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	16	9,7%
<i>Διαφωνώ</i>	66	40%
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	51	30,9%
<i>Συμφωνώ</i>	22	13,3%
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	2	1,2%
<i>Αναπάντητες</i>	8	4,8%
<i>Σύνολο</i>	165	100%

Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρούμε ότι το 55,7 % των γυναικών διαφωνεί με το ότι η κοινωνία πιστεύει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση διαχωρίζει το βιολογικό από το κοινωνικό μέρος του βιολογικού γονεϊκού ρόλου, το 69,7 % με το ότι εναντιώνεται στη φύση, το 66,6% με το ότι περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές, το 40,6 % με το ότι οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων. Το 71,6% των ερωτώμενων γυναικών προσλαμβάνει ότι η κοινωνία δε θεωρεί την υπογονιμότητα ως αρρώστια και συνεπώς δε χρειάζεται ιατρική βοήθεια ενώ το 49,7% ότι η κοινωνία θεωρεί ότι δεν υπάρχουν πολλά παιδιά προς υιοθεσία και δεν είναι σκόπιμη η επιμονή για την απόκτηση παιδιού. Τέλος, βλέπουμε ότι οι θέσεις διαχωρίζονται στον παράγοντα του άγχους ως λόγο υπογονιμότητας. Το 41,2 % πιστεύει ότι η κοινωνία δέχεται το άγχος των γυναικών ως αιτιολογικό παράγοντα.

Στις ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τη θέση του Χριστιανισμού και το χριστιανικό αίσθημα, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: Στον πίνακα 42 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της ερώτησης 44: Κατά τη γνώμη σας το χριστιανικό δόγμα είναι η μόνη ορθή και ηθική ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων

Πίνακας 42: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Κατά τη γνώμη σας το χριστιανικό δόγμα είναι η μόνη ορθή και ηθική ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων</u>		
Διαφωνώ Απόλυτα	19	11,5%
Διαφωνώ	76	46,1%
ΟΔ/ΟΣ	41	24,8%
Συμφωνώ	12	7,3%
Συμφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Αναπάντητες	14	8,5%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 43 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της ερώτησης 48: Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χριστιανικό αίσθημα (πιστό, θρησκευόμενο, ουδέτερο)

Πίνακας 43: Κατανομή δείγματος ανά θρησκευτικό αίσθημα		
Πιστό	78	47,6%
Θρησκευόμενο	42	25,6%
Ουδέτερο	32	19,5%
Σύνολο	152	92,7%

Στον πίνακα 44 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της ερώτησης 49: Η θρησκεία υποστηρίζει ότι τα προβλήματα γονιμότητας σε ένα ζευγάρι είναι θέλημα Θεού

Πίνακας 44: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Η θρησκεία υποστηρίζει ότι τα προβλήματα γονιμότητας σε ένα ζευγάρι είναι θέλημα Θεού</u>		
Διαφωνώ Απόλυτα	20	12,1%
Διαφωνώ	48	29,1%
ΟΔ/ΟΣ	34	20,6%
Συμφωνώ	42	25,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	10	6,1%
Αναπάντητες	11	6,7%
Σύνολο	165	100%

Στον πίνακα 45 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της ερώτησης 50: Ο Χριστιανισμός δέχεται τη χρήση νέων τεχνικών αναπαραγωγής

Πίνακας 45 : Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Ο Χριστιανισμός δέχεται τη χρήση νέων τεχνικών αναπαραγωγής

Διαφωνώ Απόλυτα	4	2,4%
Διαφωνώ	22	13,3%
ΟΔ/ΟΣ	48	29,1%
Συμφωνώ	67	40,6%
Συμφωνώ Απόλυτα	9	5,5%
Αναπάντητες	15	9,1%
Σύνολο	165	100%

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε τι 57,6% δεν θεωρεί το χριστιανικό δόγμα ως τη μόνη ορθή και ηθική ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων, το 31,6 % θεωρεί ότι η υπογονιμότητα είναι θέλημα Θεού (διαφωνεί το 41,2%) και το 46,1 % πιστεύει ότι ο Χριστιανισμός δέχεται τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής.

Στη συνέχεια, το 67,3 % θεωρεί ότι η υπογονιμότητα είναι σύγχρονο φαινόμενο (πίνακας 46), ενώ το 46,7% διαφωνεί στο ότι η νέα τεχνολογία εισβάλλει στην κρεβατοκάμαρα του ζευγαριού (πίνακας 47).

Πίνακας 46: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα γονιμότητας είναι σύγχρονο φαινόμενο

Διαφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Διαφωνώ	24	14,5%
ΟΔ/ΟΣ	16	9,7%
Συμφωνώ	84	50,9%
Συμφωνώ Απόλυτα	27	16,4%
Αναπάντητες	11	6,7%
Σύνολο	165	100%

Πίνακας 47: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: Η νέα τεχνολογία αναπαραγωγής εισβάλλει στην κρεβατοκάμαρα του ζευγαριού

Διαφωνώ Απόλυτα	13	7,9%
Διαφωνώ	64	38,8%
ΟΔ/ΟΣ	27	16,4%
Συμφωνώ	47	28,5%
Συμφωνώ Απόλυτα	3	1,8%
Αναπάντητες	11	6,7%
Σύνολο	165	100%

Το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών 71,3 % κρίνει ότι η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής δίνει λύση στην υπογονιμότητα και μόνο το 19,5 % στην ατεκνία (πίνακας 48).

<i>Πίνακας 48: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής δίνει λύση:</u></i>		
<i>Ατεκνία</i>	<i>32</i>	<i>19,5</i>
<i>Υπογονιμότητα</i>	<i>117</i>	<i>71,3</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>149</i>	<i>90,8</i>

Τέλος, η προσφυγή σε περίπτωση προβλημάτων γονιμότητας στην επιστήμη είναι αθέμιτη κατά το 27,4% των γυναικών αλλά και το ίδιο σχεδόν ποσοστό (28,5%) διαφωνεί.

<i>Πίνακας 49: Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης: <u>Η μη προσφυγή, σε περίπτωση προβλημάτων γονιμότητας στην επιστήμη είναι αθέμιτη</u></i>		
<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>13</i>	<i>7,9%</i>
<i>Διαφωνώ</i>	<i>34</i>	<i>20,6%</i>
<i>ΟΔ/ΟΣ</i>	<i>45</i>	<i>27,3%</i>
<i>Συμφωνώ</i>	<i>36</i>	<i>21,8%</i>
<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>	<i>9</i>	<i>5,5%</i>
<i>Αναπάντητες</i>	<i>28</i>	<i>17%</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>165</i>	<i>100%</i>

Ε3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Αρχικά θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που αφορούν τις ανοιχτές ερωτήσεις σχετικά με τη γονιμότητα, την υπογονιμότητα και το προφίλ γυναικών. Τα αποτελέσματα αυτά θα δώσουν τον τρόπο πρόσληψης των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών.

Ε3.1 ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Οι κατηγορίες των απαντήσεων της ανοιχτής ερώτησης για τη γονιμότητα έχουν ως εξής:

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΣΥΝΘΕΣΕΙΣ

1. Δημιουργία: διαίωνιση του εαυτού σου, τέλεια συγχρονισμένη διαδικασία τόσο απλή όσο και πολύπλοκη, δημιουργία, δημιουργία ενός ανθρώπου στην κοινωνία, μέλλον, καινούρια ζωή, ζωή, συνέχιση ζωής, ελπίδα ζωής,
2. Θείκη διάσταση: Ευλογία, δώρο (θεού φύσης), πραγματική συνύπαρξη φύσης-ανθρώπου-θεού που καταλήγει σε θαυμαστό αποτέλεσμα, θαύμα,
3. Κύηση-γέννηση: τεκνοποίηση, γέννηση, μωρό, κύηση, εγκυμοσύνη, έμβρυο, τοκετός,
4. Φύση-Γη: Η καλή μας αγελάδα, καρπός, γη, παραγωγικότητα, γονιμότητα, γόνιμος, φυσιολογική διαδικασία αναπαραγωγής του είδους, αναπαραγωγή.
5. Οικογένεια: Παιδιά, Παιδί, Πολύτεκνος, πολυτεκνία, Οικογένεια, οικογενειακή ζωή, γάμος,

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΤΟΝΤΑΣ

6. Καλή ζωή, ηρεμία, ευτυχία, χαλαρότητα, χαρά, αισιοδοξία, ευφορία, ευτυχία, ξεγνοιασιά, ψυχολογική ισορροπία

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ & ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ

7. Ολοκλήρωση μέσω του γονεϊκού ρόλου: Ολοκλήρωση, ολοκλήρωση του άντρα, ολοκλήρωση της γυναίκας, ολοκλήρωση του ζευγαριού, ολοκλήρωση σαν γυναίκα και σαν άντρας μέσα από το ρόλο του γονέα, ολοκλήρωση ατομική, ολοκλήρωση οικογενειακή, ολοκλήρωση μιας καλής σχέσης, ολοκλήρωση στους ρόλους μας ως άνθρωποι, πληρότητα, ωριμότητα, κοινωνική αποδοχή-καταξίωση, Ικανοποίηση ψυχική, μητρότητα, πατρότητα
8. Γυναικεία ταυτότητα: Σημαντική φάση της γυναικείας φύσης, γυναίκα, θηλυκότητα, ικανότητα, απόδοση μιας γυναίκας στο σεξ

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗΣ ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

9. Ψυχολογικές προϋποθέσεις: Έρωτας, Αγάπη, προσφορά αγάπης, φροντίδα, τρυφερότητα, στοργή, επικοινωνία, ευθύνη, αίσθημα ευθύνης, εκτίμηση, υπομονή, όχι άγχος, κατανόηση μεταξύ των συζύγων, καλές σχέσεις, επαφή
10. Ενημέρωση: Σωστή ενημέρωση
11. Υγεία: Υγεία, καλή υγεία, κληρονομικότητα, καλή ψυχολογία, υγιείς οργανισμοί, καλή ψυχολογική κατάσταση
12. Βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες: Ωάριο, σπέρμα, γόνιμο σπέρμα, γόνιμα ωάρια, γονιμοποίηση, δυνατό σπέρμα, καλή κινητικότητα σπέρματος, Ωοθήκες, Μήτρα, Ένδομήτριο, Έμμηνος ρύση, ωορρηξία, γόνιμες μέρες, γόνιμος, σύλληψη, αντισύλληψη, σεξ, Κύκλος
13. Ηλικία: Ηλικία, μικρή ηλικία

ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΤΟΝΤΕΣ

14. Εκνευρισμός, προβλήματα, γυναικολογικά σοβαρά προβλήματα, άγχος

Από την παραπάνω κατηγοριοποίηση μπορούμε να δούμε ότι στις προϋποθέσεις της γονιμότητας, οι ψυχολογικές προϋποθέσεις αποτελούν την ψυχολογιοποιημένη μορφή της γονιμότητας και εστιάζεται κυρίως στο επίπεδο εαυτού-άλλου μέσα στο ζευγάρι, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες των προϋποθέσεων (10,11,12,13) στις «πραγματικές» -κατά μια έννοια- προϋποθέσεις της γονιμότητας

(υποκατηγορία της υγείας (σωματική-ψυχολογική) αλλά και την υποκατηγορία των βασικών βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών η οποία επικεντρώνεται στην πρωταρχική διαδικασία δημιουργίας εμβρύου).

Επιπρόσθετα, η κατηγορία της ταυτότητας και της ολοκλήρωσης παραπέμπουν στη σύνδεση της γονιμότητας με τη γυναικεία ταυτότητα σε προσωπικό επίπεδο (εαυτός) όσο και με την ολοκλήρωση του ατόμου μέσω του γονεϊκού ρόλου η οποία προέρχεται από την πρόσληψη και αποδοχή των κοινωνικών κανόνων. Με τον τρόπο αυτό προσδιορίζεται ο κοινωνιο-ψυχολογικός χαρακτήρας της κατηγορίας αυτής της ολοκλήρωσης εφόσον παρουσιάζεται το προσωπικό αίσθημα αυτής από την αποδοχή του κοινωνικού κανόνα σχετικά με τον γονεϊκό ρόλο.

Σχετικά με την κατηγορία των ορισμών-συνδέσεων, η υποκατηγορία της οικογένειας έρχεται να συμπληρώσει την παραπάνω υποκατηγορία η οποία όπως αναφέραμε εστιάζεται στην υιοθέτηση του κοινωνικού κανόνα της οικογένειας. Η οικογένεια διαμορφώνεται με τη γέννηση των παιδιών και συνεπώς με αυτόν τον τρόπο το άτομο ή το ζευγάρι ολοκληρώνεται κοινωνικά. Η υποκατηγορία της θεϊκής διάστασης παραπέμπει σε μια εξωπραγματική απόδοση της γονιμότητας, η υποκατηγορία της κύησης στο αποτέλεσμα της γονιμότητας ενώ αυτές της δημιουργίας και της φύσης-γης παραπέμπουν στη διάσταση της γονιμότητας συνδεδεμένη με το μέλλον και τη συνέχεια του ανθρώπινου είδους από τη μια αλλά και με τη φύση από την άλλη.

Τέλος, η κατηγορία του ψυχολογικού παράγοντα φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με το ψυχολογικό όφελος της γονιμότητας ή με άλλα λόγια με το τι προσδίδει ψυχολογικά η γονιμότητα.

Στη συνέχεια θα παρατεθούν πίνακες οι οποίοι θα παρουσιάσουν την πρόσληψη της γονιμότητας από τις γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών. Οι μεταβλητές, βάση των οποίων θα γίνει η παρουσίαση, είναι το πρόβλημα της υπογονιμότητας (γυναικεία, ανδρική, κοινή), το είδος της υπογονιμότητας (δευτεροπαθής, πρωτοπαθής), το θρησκευτικό συναίσθημα (πιστές/θρησκευόμενες-ουδέτερες), την εργασιακή κατάσταση (νοικοκυρές-εργαζόμενες), την ευθύνη της υπογονιμότητας (άτομο ή ζευγάρι) και την ηλικία.

Σε πολλές περιπτώσεις ο αριθμός των γυναικών στις επιμέρους υποκατηγορίες δεν είναι αρκετός για να επιτρέψει τη συγκρισιμότητα των δεδομένων. Για το λόγο αυτό, η σύγκριση επιτυγχάνεται με βάση τις απόλυτες και σχετικές συχνότητες της

κάθε γραμμής (υποκατηγορία γονιμότητας) στην κάθε στήλη (υποκατηγορία γυναικών) και σε συνδυασμό με το σύνολο των απαντήσεων σε κάθε στήλη.

<i>Πίνακας 50: Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά πρόβλημα</i>											
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΓΥΝΑΙΚΑ			ΑΝΤΡΑΣ			ΚΟΙΝΟ			Σύνολο	
		% στήλ	% γραμ		% στήλ	% γραμ		% στήλ	% γραμ		% γραμ
Δημιουργία	0	0%	0%	4	6,6	36,4	7	11,1	63,6	11	5,6
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0	1	1,6	25	3	4,8	75	4	2
Κύηση-Γέννηση	5	6,8	23,8	11	18	52,4	5	7,9	23,8	21	10,6
Φύση-Γη	4	5,4	36,4	2	3,3	18,2	5	7,9	45,5	11	5,6
Οικογένεια	8	10,8	33,3	9	14,8	37,5	7	11,1	29,2	24	12,1
Ψυχολογικός Παράγοντας	8	10,8	38,1	5	8,2	23,8	8	12,7	38,1	21	10,6
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	14	18,9	48,3	6	9,8	20,7	9	14,3	31	29	14,6
Γυναικεία ταυτότητα	1	1,4	20	1	1,6	20	3	4,8	60	5	2,5
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	13	17,6	54,2	8	13,1	33,3	3	4,8	12,5	24	12,1
Ενημέρωση	1	1,4	100	0	0	0	0	0	0	1	0,5
Υγεία	1	1,4	11,1	3	4,9	33,3	5	7,9	55,6	9	4,5
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	15	20,3	44,1	11	18	32,4	8	12,7	23,5	34	17,2
Ηλικία	2	2,7	100	0	0	0	0	0	0	2	1
Αρνητικοί παράγοντες	2	2,7	100	0	0	0	0	0	0	2	1
Σύνολο	74			61			63				198

Στον πίνακα 50 παρατηρούμε ότι για τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα η γονιμότητα σχετίζεται με τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις, τον ψυχολογικό παράγοντα και την οικογένεια. Όσο αφορά τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, η γονιμότητα σχετίζεται με τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, με την κύηση-γέννηση, την οικογένεια, τις ψυχολογικές προϋποθέσεις και με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα, η γονιμότητα σχετίζεται πρωτίστως με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες αλλά και με τον ψυχολογικό παράγοντα, την οικογένεια και τη δημιουργία.

Η κύηση-γέννηση και η οικογένεια συνδέεται περισσότερο με τη γονιμότητα στην περίπτωση της ανδρικής υπογονιμότητας ενώ τα βιολογικά στοιχεία, η ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και οι ψυχολογικές προϋποθέσεις με τη γυναικεία υπογονιμότητα. Η δημιουργία, η θεϊκή διάσταση, η φύση-γη, η υγεία, η γυναικεία

ταυτότητα, ο ψυχολογικός παράγοντας φαίνεται ότι αναδύονται περισσότερο στην κοινή υπογονιμότητα.

Επιπρόσθετα, όταν υπάρχει η γυναικεία υπαιτιότητα (πρόβλημα γυναίκας, πρόβλημα κοινό), τότε η γονιμότητα προσλαμβάνεται ως ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και ως ψυχολογικό παράγοντα. Όταν υπάρχει η ανδρική υπαιτιότητα (πρόβλημα άντρα, κοινό πρόβλημα), η γονιμότητα προσλαμβάνεται ως οικογένεια.

Συνεπώς, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα προσλαμβάνουν το συνδυασμό βιολογικού κοινωνικού και ψυχολογικού υποστρώματος της γονιμότητας και σε μεγαλύτερο βαθμό το κοινωνικό όφελος που απορρέει από τη γονιμότητα. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, προσλαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό το αποτέλεσμα της γονιμότητας (κύηση) αλλά και την αποδοχή του παγκόσμιου κοινωνικού κανόνα της οικογένειας. Στην περίπτωση της κοινής υπογονιμότητας, η γονιμότητα λαμβάνει τη μορφή του ψυχολογικού οφέλους, τη σύνδεση με τη γυναικεία ταυτότητα (προσωπικό επίπεδο) αλλά και με ένα εξωπραγματικό ή φιλοσοφικό επίπεδο ή ως μια ένδειξη υγείας.

Πίνακας 51: Κατανομή συχνότητας στοιχείων γονιμότητας ανά τύπο υπογονιμότητας								
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Δευτεροπαθής			Πρωτοπαθής			Σύνολο	
	% στήλης	% γραμμής		% στήλης	% γραμμής		%	
Δημιουργία	5	5,3	45,5	6	5,4	54,5	11	5,3
Θεϊκή Διάταξη	4	4,2	100	0	0	0	4	1,9
Κύηση-Γέννηση	11	11,6	50	11	9,8	50	22	10,6
Φύση-γη	5	5,3	45,5	6	5,4	54,5	11	5,3
Οικογένεια	10	10,5	38,5	16	14,3	61,5	26	12,6
Ψυχολογικός Παράγοντας	6	6,3	28,6	15	13,4	71,4	21	10,2
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	14	14,7	43,8	18	16,1	56,3	32	15,5
Γυναικεία ταυτότητα	1	1,1	20	4	3,6	80	5	2,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	18	18,9	69,2	8	7,1	30,8	26	12,6
Ενημέρωση	1	1,1	100	0	0	0	1	0,5
Υγεία	4	4,2	44,4	5	4,5	55,6	9	4,3
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	15	15,8	42,9	20	17,9	57,1	35	16,9
Ηλικία	1	1,1	50	1	0,9	50	2	1
Άρνητικοί παράγοντες	0	0	0	2	1,8	100	2	1
Σύνολο	95			112			207	

Στον πίνακα 51 οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα παρουσιάζουν τη σύνδεση της γονιμότητας με τις ψυχολογικές προϋποθέσεις, τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου την κύηση-γέννηση και την οικογένεια. Οι γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα συνδέουν την υπογονιμότητα

με τα βιολογικά στοιχεία, με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την οικογένεια, την κύηση-γέννηση και τον ψυχολογικό παράγοντα.

Η θεϊκή διάσταση και η κύηση/γέννηση προβάλλεται στις περιπτώσεις της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας όπως επίσης και οι ψυχολογικές προϋποθέσεις. Συνεπώς, η εμπειρία προηγούμενης εγκυμοσύνης φαίνεται ότι επηρεάζει τη σύνδεση γονιμότητας με τη σχέση εαυτού-άλλου στο ζευγάρι. Ο ψυχολογικός παράγοντας, η οικογένεια, η ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και η γυναικεία ταυτότητα καθώς και τα βιολογικά στοιχεία εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στην περίπτωση της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας.

<i>Πίνακας 52: Κατανομή συχνότητας στοιχείων γονιμότητας ανά κατηγορία θρησκευτικού συναίσθηματος</i>						
	<i>Πιστό-Θρησκευόμενο</i>		<i>Ουδέτερο</i>		<i>Σύνολο</i>	
		% στηλης		% στηλης		% στηλης
ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ						
Δημιουργία	9	5,2	2	6,5	11	5,4
Θεϊκή Διάσταση	4	2,3	0	0	4	2
Κύηση-Γέννηση	15	8,6		19,4	21	10,2
Φύση-γη	8	4,6	2	6,5	10	4,9
Οικογένεια	19	10,9	7	22,6	26	12,7
Ψυχολογικός Παράγοντας	21	12,1	0	0	21	10,2
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	26	14,9	6	19,4	32	15,6
Γυναικεία ταυτότητα	5	2,9	0	0	5	2,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	21	12,1	5	16,1	26	12,7
Ενημέρωση	1	0,6	0	0	1	0,5
Υγεία	9	5,2	0	0	9	4,4
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	32	18,4	3	9,7	35	17,1
Ηλικία	2	1,1	0	0	2	1
Αρνητικοί παράγοντες	2		0	0	2	1
Σύνολο	174		31		205	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 52, για τις γυναίκες οι οποίες δηλώνουν πιστές/θρησκευόμενες -όσο αφορά το θρησκευτικό αίσθημα- η γονιμότητα συνδέεται με τα βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την ολοκλήρωση μέσω του γονεϊκού ρόλου με τις ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας, τον ψυχολογικό παράγοντα και την οικογένεια. Για τις ουδέτερες στο θρησκευτικό αίσθημα γυναίκες, γονιμότητα είναι η οικογένεια, η ολοκλήρωση μέσω γονεϊκού ρόλου, η κύηση/γέννηση, οι ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας και τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες.

Για τις γυναίκες οι οποίες δηλώνουν θρησκευτικό συναίσθημα (πιστές και θρησκευόμενες), η γονιμότητα επικεντρώνεται περισσότερο στη σημασία των

βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών όπως και του ψυχολογικού οφέλους της γονιμότητας, ενώ για τις ουδέτερες στην έννοια της οικογένειας, της κύησης της ολοκλήρωσης μέσω γονεϊκού ρόλου και των ψυχολογικών προϋποθέσεων της γονιμότητας.

Πίνακας 53: Κατανομή συχνότητας στοιχείων γονιμότητας ανά κατηγορία εργασιακής κατάστασης						
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Σύνολο	
		% Εργ.		% Εργ.		%
Δημιουργία	2	4,8	9	5,5	11	5,3
Θεϊκή Διάσταση	0	0	4	2,4	4	1,9
Κύηση-Γέννηση	4	9,5	18	10,9	22	10,6
Φύση-γη	1	2,4	10	6,1	11	5,3
Οικογένεια	7	16,7	19	11,5	26	12,6
Ψυχολογικός Παράγοντας	4	9,5	17	10,3	21	10,1
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	6	14,3	26	15,8	32	15,5
Γυναικεία ταυτότητα	2	4,8	3	1,8	5	2,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	10	23,8	16	9,7	26	12,6
Ενημέρωση	1	2,4	0	0	1	0,5
Υγεία	1	2,4	8	4,8	9	4,3
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	3	7,1	32	19,4	35	16,9
Ηλικία	0	0	2	1,2	2	1
Αρνητικοί παράγοντες	1	2,4	1	0,6	2	1
Σύνολο	42		165		207	

Για τις νοικοκυρές, η γονιμότητα παραπέμπει στις γενικές ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας, στην οικογένεια, στην ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, στον ψυχολογικό παράγοντα και στην κύηση-γέννηση. Για τις γυναίκες, εργαζόμενες η γονιμότητα συνδέεται με τα βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την ολοκλήρωση μέσω γονεϊκού ρόλου, την οικογένεια, την κύηση-γέννηση, τον ψυχολογικό παράγοντα και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις (Πίνακας 53).

Παρατηρούμε ότι οι ψυχολογικές προϋποθέσεις, η οικογένεια και η γυναικεία ταυτότητα προσλαμβάνονται ως γονιμότητα σε μεγαλύτερο ποσοστό στις νοικοκυρές και λιγότερο στις εργαζόμενες ενώ τα βιολογικά στοιχεία προσλαμβάνονται ως γονιμότητα σε μεγαλύτερο ποσοστό στις εργαζόμενες.

Πίνακας 54: Κατανομή συχνότητας στοιχείων γονιμότητας ανά κατηγορία ευθύνης

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Ατομική Ευθύνη		Ευθύνη Ζευγαριού		Σύνολο	
		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη
Δημιουργία	1	2,1	5	3,8	6	3,4
Θεϊκή Διάσταση	0	0	4	3,1	4	2,2
Κύηση-Γέννηση	5	10,4	14	10,7	19	10,6
Φύση-γη	5	10,4	4	3,1	9	5
Οικογένεια	7	14,6	16	12,2	23	12,8
Ψυχολογικός Παράγοντας	7	14,6	12	9,2	19	10,6
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	7	14,6	20	15,3	27	15,1
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	4	3,1	4	2,2
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	8	16,7	13	9,9	21	11,7
Ενημέρωση	0	0	1	0,8	1	0,6
Υγεία	1	2,1	7	5,3	8	4,5
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	5	10,4	29	22,1	34	19
Ηλικία	0	0	2	1,5	2	1,1
Αρνητικοί παράγοντες	2	4,2	0	0	2	1,1
Σύνολο	48		131		179	

Οι γυναίκες οι οποίες προσλαμβάνουν την ευθύνη της υπογονιμότητας σε ατομικό επίπεδο, η γονιμότητα προσλαμβάνεται ως ψυχολογικές προϋποθέσεις γονιμότητας (έρωτας, αγάπη, κλπ), ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, ψυχολογικό παράγοντα, οικογένεια, φύση-γη και κύηση. Για τις γυναίκες οι οποίες προσλαμβάνουν την ευθύνη της υπογονιμότητας ως του ζευγαριού, η γονιμότητα επικεντρώνεται στα βασικά βιολογικά στοιχεία, την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την οικογένεια, την κύηση (Πίνακας 54).

Τα βιολογικά στοιχεία και οι διαδικασίες, η γυναικεία ταυτότητα καθώς και η θεϊκή διάσταση συνδέεται με τη γονιμότητα για τις γυναίκες οι οποίες υποστηρίζουν την ευθύνη της υπογονιμότητας σε επίπεδο ζευγαριού ενώ οι ψυχολογικές προϋποθέσεις για τις γυναίκες οι οποίες υποστηρίζουν την ατομική ευθύνη της υπογονιμότητας.

Παρατηρούμε η πρώτη ομάδα γυναικών (ατομική ευθύνη) παρουσιάζει περισσότερο τις ψυχολογικές προϋποθέσεις και το ψυχολογικό όφελος ως πρόσληψη γονιμότητας ενώ η δεύτερη ομάδα (ευθύνη ζευγαριού) αναπαριστά τη γονιμότητα ως βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες.

Πίνακας 55: Κατανομή συχνότητων στοιχείων γονιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα										
	22-30		30-35		35-40		40-53		Σύνολο	
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη
Δημιουργία	2	6,9	3	3,2	4	8,5	2	5,4	11	5,3
Θεϊκή Διάσταση	0	0	4	4,3	0	0	0	0	4	1,9
Κύηση-Γέννηση	4	13,8	10	10,6	6	12,8	2	5,4	22	10,6
Φύση-γη	0	0	2	2,1	5	10,6	4	10,8	11	5,3
Οικογένεια	1	3,4	14	14,9	5	10,6	6	16,2	26	12,6
Ψυχολογικός Παράγοντας	4	13,8	11	11,7	4	8,5	2	5,4	21	10,1
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	4	13,8	19	20,2	8	17	1	2,7	32	15,5
Γυναικεία ταυτότητα	1	3,4	1	1,1	1	2,1	2	5,4	5	2,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	10	34,5	9	9,6	3	6,4	4	10,8	26	12,6
Ενημέρωση	1	3,4	0	0	0	0	0	0	1	0,5
Υγεία	1	3,4	4	4,3	3	6,4	1	2,7	9	4,3
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	1	3,4	16	17	7	14,9	11	29,7	35	16,9
Ηλικία	0	0	0	0	1	2,1	1	2,7	2	1
Άρνητικοί παράγοντες	0	0	1	1,1	0	0	1	2,7	2	1
Σύνολο	29		94		47		37		207	

Από τον πίνακα 55 διαπιστώνουμε τα εξής:

Η ηλικιακή ομάδα των γυναικών 22-30 ετών συνδέει τη γονιμότητα με τις ψυχολογικές προϋποθέσεις της υπογονιμότητας, την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, το ψυχολογικό παράγοντα και την κύηση/γέννηση.

Η ηλικιακή ομάδα των γυναικών 30-35 ετών συνδέει τη γονιμότητα με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, τα βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την οικογένεια, τον ψυχολογικό παράγοντα, την κύηση/γέννηση.

Η ηλικιακή ομάδα των γυναικών 35-40 ετών επικεντρώνει τη γονιμότητα, στην ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, στα βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, στην κύηση/γέννηση, στην οικογένεια και τη φύση-γη.

Η ηλικιακή ομάδα των γυναικών 40-53 ετών επικεντρώνει τη γονιμότητα στα βασικά βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, στην οικογένεια και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις της υπογονιμότητας και τη φύση/γη.

Οι γυναίκες ηλικίας 22-30, οι υποκατηγορίες της γονιμότητας, ψυχολογικές προϋποθέσεις, ψυχολογικός παράγοντας και κύηση-γέννηση παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό. Για τις γυναίκες ηλικίας 30-35 ετών, η ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και η θεϊκή διάσταση, για τις γυναίκες 35-40 ετών η δημιουργία, η φύση/γη και η υγεία ενώ για τις γυναίκες ηλικίας 40-53 ετών τα βιολογικά στοιχεία, η οικογένεια και η φύση/γη.

Παρατηρούμε ότι τα βιολογικά στοιχεία και η οικογένεια απορροφούν μεγάλο μέρος της έννοιας της γονιμότητας με το πέρασμα του χρόνου καθώς η ηλικία αυξάνει. Αντίθετα, η ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και οι ψυχολογικές προϋποθέσεις απορροφούν λιγότερο μέρος της έννοιας της γονιμότητας.

Ε3.2 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Οι κατηγορίες οι οποίες προέκυψαν από τις απαντήσεις της ανοιχτής ερώτησης για την υπογονιμότητα είναι:

ΕΛΛΕΙΨΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ

1. Έλλειψη κάποιας σημαντικής διαδικασίας της γυναικείας ζωής, σοβαρό πρόβλημα μέσα στο γάμο που προβληματίζει το ζευγάρι και ιδιαίτερα τη γυναίκα που δεν ολοκληρώνεται χωρίς τη γέννηση του παιδιού, αίσθημα μη ολοκλήρωσης, μη ολοκλήρωση του ατόμου, έλλειψη ολοκλήρωσης.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

2. Ψυχολογικός παράγοντας, ψυχική δοκιμασία, μελαγχολία, απογοήτευση, λύπη, θλίψη βλέποντας φιλικά ζευγάρια του περιβάλλοντος μου να έχουν παιδιά και εγώ να μην μπορώ να κάνω, ερωτηματικά γιατί να μην μπορώ να ζήσω αυτήν την εμπειρία όπως όλοι οι άλλοι, νεύρα, κακή ψυχολογική κατάσταση γενικότερα, ψυχολογικό κενό, μοναξιά, άγχος, ψυχολογική πίεση, εκνευρισμός, στεναχώρια, ανασφάλεια, αβεβαιότητα, δυστυχία, μίζερια, ανησυχία, απελπισία, αναμονή, νεύρα, απογοήτευση, ζωή χωρίς σκοπό, έλλειψη έρωτα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3. Γενικές προϋποθέσεις: Στήριξη, προσπάθεια, αγάπη
4. Ιατρική Αντιμετώπιση: Πολλές ιατρικές επισκέψεις, φάρμακα, εξετάσεις, ιατρική ταλαιπωρία, φαρμακευτική αγωγή, εξωσωματική γονιμοποίηση
5. Εναλλακτικές: Υιοθεσία, παιδιά που θέλουν αγάπη

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

6. ανδρική στειρότητα, ανυπαρξία κύκλου γυναίκας, oligospermia, γυναικολογικά προβλήματα, εμμηνοπάυση, μη κινητικότητα, πρόβλημα ωορρηξίας, προβλήματα μικρά είτε στον άντρα είτε στη γυναίκα, εκτρώσεις, αποβολές, το να χάσεις ένα μωρό, προβλήματα υγείας, στειρώση, όχι καλή υγεία

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ-ΣΥΝΘΕΣΕΙΣ

7. στειρότητα
8. υπογονιμότητα, έλλειψη γονιμότητας, υπογόνιμη, μη γονιμότητα,
9. υπογεννητικότητα
10. άτεκνος, άγονος, ατεκνία, ακαρπία, άκληρος, δεν έχει αποκτήσει παιδιά
11. ανάπηρος, μειονεξία, ατυχία, σεξουαλική ανικανότητα, εννουχισμός

ΕΞΩΤΕΡΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

12. Γενικοί Παράγοντες: Πολύ δουλειά, κακή διατροφή, διατροφή
13. Κοινωνική πλευρά: Ενοχλήσεις από το κοινωνικό περιβάλλον έστω και έμμεσα πλέον και πολύ διακριτικά στη σημερινή εποχή, τρόπος αντιμετώπισης από τον περίγυρο, κοινωνικός προβληματισμός, κοινωνική προκατάληψη

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

14. Προσωπική ελευθερία, καριέρα επαγγελματική, επιδίωξη καριέρας, ελεύθερες σχέσεις, εγωισμός

Η έλλειψη ολοκλήρωσης συνδέεται άμεσα με τον ψυχο-κοινωνική πρόσληψη της υπογονιμότητας καθώς και με την ταυτότητα του ατόμου και κυρίως τη γυναικεία ταυτότητα. Ο ψυχολογικός παράγοντας σχετίζεται με το ψυχολογικό κόστος της κατάστασης της υπογονιμότητας στην οποία έχει περιέλθει το υπογόνιμο ζευγάρι. Τα ιατρικά αίτια αποτελούν επιστημονικούς κυρίως όρους στην προσπάθεια εύρεσης αιτιών όπως και οι γενικοί κοινωνικοί παράγοντες (εξωγενείς παράγοντες).

Οι χαρακτηρισμοί-συνδέσεις σχετίζονται περισσότερο με τους κοινωνικούς χαρακτηρισμούς τους οποίους οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών προσλαμβάνουν. Η στειρότητα αποτελεί παλαιός όρος ο οποίος χαρακτήριζε την ανικανότητα προς τεκνοποίηση. Η υπογονιμότητα αποτελεί το νέο επιστημονικό όρο ο οποίος έρχεται να χαρακτηρίσει την κατάσταση της μη-γονιμότητας και η οποία δεν ταυτίζεται αναγκαία με τη στειρότητα. Η υπογεννητικότητα αποτελεί ένα δημογραφικό όρο ο οποίος είναι αποτέλεσμα της υπογονιμότητας. Οι υποκατηγορίες της ατεκνίας και της αναπηρίας σχετίζονται άμεσα με την κοινωνική πρόσληψη του ατόμου χωρίς παιδιά ή με άλλα λόγια παρουσιάζει τον κοινωνικό αντίκτυπο που έχει η υπογονιμότητα. Στο πλαίσιο αυτό μπορεί να ενταχθεί και η κοινωνική πλευρά στην κατηγορία των εξωγενών παραγόντων και η οποία ανταποκρίνεται στη σημερινή κατά κάποιο τρόπο κοινωνική αντιμετώπιση του θέματος της υπογονιμότητας αλλά και οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν κατά κάποιο τρόπο την υπογονιμότητα.

Τέλος, η κατηγορία των προσωπικών επιλογών σχετίζεται με την απόδοση ευθυνών για την υπογονιμότητα στη συμπεριφορά των γυναικών ή με άλλα λόγια σε αυτό-απόδοση αιτών.

Στη συνέχεια, παραθέτουμε τους πίνακες οι οποίοι παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών την υπογονιμότητα σύμφωνα με τις κατηγορίες που χρησιμοποιήθηκαν και στην παράθεση των πινάκων για τη γονιμότητα.

Πίνακας 56: Κατανομή συχνότητας στοιχείων υπογονιμότητας ανά πρόβλημα											
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Γυναίκα			Άντρας			Κοινό		Σύνολο		
	% στήλη	% γραμμή		% στήλη	% γραμμή		% στήλη	% γραμμή		% στήλη	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	1	2,2	16,7	0	0	0	5	9,4	83,3	6	4,3
Ψυχολογικός Παράγοντας	17	37	36,2	11	27,5	23,4	19	35,8	40,4	47	33,8
Αντιμετώπιση-Γενικά	3	6,5	100	0	0	0	0	0	0	3	2,2
Ιατρική Αντιμετώπιση	1	2,2	14,3	2	5	28,6	4	7,5	57,1	7	5
Εναλλακτικές	2	4,3	66,7	1	2,5	33,3	0	0	0	3	2,2
Ιατρικά Αίτια	2	4,3	11,8	8	20	47,1	7	13,2	41,2	17	12,2
Στειρότητα	7	15,2	35	7	17,5	35	6	11,3	30	20	14,4
Υπογονιμότητα	4	8,7	36,4	3	7,5	27,3	4	7,5	36,4	11	7,9
Υπογεννητικότητα	0	0	0	0	0	0	1	1,9	100	1	0,7
Άτεκνος, άγονος,...	3	6,5	33,3	4	10	44,4	2	3,8	22,2	9	6,5
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	0	3	7,5	60	2	3,8	40	5	3,6
Γενικοί Παράγοντες	3	6,5	100	0	0	0	0	0	0	3	2,2
Κοινωνική πλευρά	0	0	0	1	2,5	25	3	5,7	75	4	2,9
Προσωπικές Επιλογές	3	6,5	100	0	0	0	0	0	0	3	2,2
Σύνολο	46			40			53			139	

Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα, συνδέουν την υπογονιμότητα με τον ψυχολογικό παράγοντα, τη στειρότητα την υπογονιμότητα, τη γενική αντιμετώπιση, την ατεκνία, τους γενικούς παράγοντες και τις προσωπικές επιλογές. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα συνδέουν την υπογονιμότητα με τον ψυχολογικό παράγοντα, τα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα, την ατεκνία, την υπογονιμότητα, την αναπηρία. Τέλος, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα συνδέουν την υπογονιμότητα με τον ψυχολογικό παράγοντα, τα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα, την έλλειψη ολοκλήρωσης, την υπογονιμότητα και την ιατρική αντιμετώπιση (Πίνακας 56).

Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες κατηγορίες παρουσιάζουν τον ψυχολογικό παράγοντα, τη γενική αντιμετώπιση (στήριξη, αγάπη, προσπάθεια), τους γενικούς εξωγενείς παράγοντες, τις προσωπικές επιλογές και τις εναλλακτικές. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, η υπογονιμότητα επικεντρώνεται περισσότερο στα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα, και τις κοινωνικές αρνητικές αξιολογητικές σημάνσεις της ατεκνίας. Για τις γυναίκες με την κοινή υπογονιμότητα, παρουσιάζουν περισσότερο την έλλειψη ολοκλήρωσης, την ιατρική αντιμετώπιση και την κοινωνική πλευρά (ενοχλήσεις).

Συνεπώς, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι στην κοινή υπογονιμότητα η έλλειψη ολοκλήρωσης παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό, ο ψυχολογικός παράγοντας είναι υψηλός, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ιατρική αντιμετώπιση και στη σύγχρονη κοινωνική αντιμετώπιση του ζητήματος της υπογονιμότητας.

Στη γυναικεία υπογονιμότητα, οι γυναίκες φαίνεται να δέχονται περισσότερο την προσωπική ευθύνη, να έχουν μεγαλύτερο ψυχολογικό κόστος και να προτείνουν μη ιατρικούς τρόπους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

Στην ανδρική υπογονιμότητα, οι γυναίκες φαίνεται να αποδίδουν στα ιατρικά αίτια την υπογονιμότητα, να τη χαρακτηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό στειρότητα και να δέχονται περισσότερο τις αρνητικές κοινωνικές αξιολογήσεις.

<i>Πίνακας 57: Κατανομή συχνότητας στοιχείων υπογονιμότητας ανά τύπο υπογονιμότητας</i>								
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Δευτεροπαθής			Πρωτοπαθής			Σύνολο	
		% στήλης	% γραμμής		% στήλης	% γραμμής		% γραμμής
Έλλειψη ολοκλήρωσης	2	3,2	33,3	4	5	66,7	6	4,2
Ψυχολογικός Παράγοντας	25	39,7	51	24	30	49	49	34,3
Αντιμετώπιση-Γενικά	3	4,8	100	0	0	0	3	2,1
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	7	8,8	100	7	4,9
Εναλλακτικές	2	3,2	66,7	1	1,3	33,3	3	2,1
Ιατρικά Αίτια	11	17,5	64,7	6	7,5	35,3	17	11,9
Στείρωση	8	12,7	40	12	15	60	20	14
Υπογονιμότητα	5	7,9	45,5	6	7,5	54,5	11	7,7
Υπογεννητικότητα	2	3,2	100	0	0	0	2	1,4
Ατεκνος, άγονος...	2	3,2	22,2	7	8,8	77,8	9	6,3
Ανάπηρος, μειονεξία...	1	1,6	20	4	5	80	5	3,5
Γενικοί Παράγοντες	1	1,6	33,3	2	2,5	66,7	3	2,1
Κοινωνική πλευρά	1	1,6	25	3	3,8	75	4	2,8
Προσωπικές Επιλογές	0	0	0	4	5	100	4	2,8
Σύνολο	63			80			143	

Για τις γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα, η υπογονιμότητα συνδέεται με τον ψυχολογικό παράγοντα, τα ιατρικά αίτια και τη στειρότητα ενώ για τις γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα, συνδέεται με τον ψυχολογικό παράγοντα, τη στειρότητα την ιατρική αντιμετώπιση και τον κοινωνικό χαρακτηρισμό της ατεκνίας και της αναπηρίας (Πίνακας 57).

Ο ψυχολογικός παράγοντας φαίνεται να απαντάται περισσότερο στις γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα παρά στις γυναίκες με πρωτοπαθή όπως επίσης και τα ιατρικά αίτια. Η ιατρική αντιμετώπιση όπως και οι προσωπικές επιλογές καθώς και οι αρνητικές κοινωνικές αξιολογήσεις φαίνεται να προσλαμβάνονται περισσότερο από τις γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα.

Πίνακας 58: Κατανομή συχνότητας στοιχείων υπογονιμότητας ανά κατηγορία θρησκευτικού συναίσθηματος

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Πιστό-Θρησκευόμενο		Ουδέτερο		Σύνολο	
		% στήλης		% στήλης		% στήλης
Έλλειψη ολοκλήρωσης	5	4	1	6,7	6	4,3
Ψυχολογικός Παράγοντας	44	35,5	5	33,3	49	35,3
Αντιμετώπιση-Γενικά	3	2,4	0	0	3	2,2
Ιατρική Αντιμετώπιση	6	4,8	1	6,7	7	5
Εναλλακτικές	3	2,4	0	0	3	2,2
Ιατρικά Αίτια	17	13,7	0	0	17	12,2
Στείριότητα	16	12,9	2	13,3	18	12,9
Υπογονιμότητα	8	6,5	3	20	11	7,9
Υπογεννητικότητα	2	1,6	0	0	2	1,4
Άτεκνος, άγονος...	6	4,8	2	13,3	8	5,8
Ανάπηρος, μειονεξία...	4	3,2	0	0	4	2,9
Γενικοί Παράγοντες	3	2,4	0	0	3	2,2
Κοινωνική πλευρά	4	3,2	0	0	4	2,9
Προσωπικές Επιλογές	3	2,4	1	6,7	4	2,9
Σύνολο	124		15		139	

Για τις πιστές, η υπογονιμότητα επικεντρώνεται στον ψυχολογικό παράγοντα, στα ιατρικά αίτια και τη στειρότητα ενώ για τις ουδέτερες στον ψυχολογικό παράγοντα, στη στειρότητα και στην ατεκνία (Πίνακας 58).

Παρατηρείται μια μεγαλύτερη αναλογία στο ποσοστό του ψυχολογικού παράγοντα και των ιατρικών αιτίων για την κατηγορία των πιστών-θρησκευόμενων από ότι των ουδέτερων.

Πίνακας 59: Κατανομή συχνότητας στοιχείων υπογονιμότητας ανά κατηγορία εργασιακής κατάστασης

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
		% Νοικ.		% Εργ.
Έλλειψη ολοκλήρωσης	2	5,9	4	3,7
Ψυχολογικός Παράγοντας	10	29,4	39	35,8
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	3	2,8
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	7	6,4
Εναλλακτικές	0	0	3	2,8
Ιατρικά Αίτια	5	14,7	12	11
Στείριότητα	4	11,8	16	14,7
υπογονιμότητα	3	8,8	8	7,3
Υπογεννητικότητα	2	5,9	0	0
Άτεκνος, άγονος...	4	11,8	5	4,6
Ανάπηρος, μειονεξία...	2	5,9	3	2,8
Γενικοί Παράγοντες	1	2,9	2	1,8
Εξωγενείς παράγοντες	0	0	4	3,7
Προσωπικές Επιλογές	1	2,9	3	2,8
Σύνολο	34		109	

Η υπογονιμότητα για τις νοικοκυρές αναπαρίσταται περισσότερο ως ψυχολογικός παράγοντας, ιατρικά αίτια, στειρότητα και κοινωνικό αντίκτυπο της ατεκνίας. Για τις εργαζόμενες, η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται περισσότερο ως ψυχολογικός παράγοντας, στειρότητα, ιατρικά αίτια και αντιμετώπιση. (Πίνακας 59)

Πίνακας 60: Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά κατηγορία ευθύνης						
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	Ατομική Ευθύνη		Ευθύνη Ζευγαριού		Σύνολο	
		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη
Έλλειψη ολοκλήρωσης	0	0	5	5,3	5	3,8
Ψυχολογικός Παράγοντας	13	37,1	32	33,7	45	34,6
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	3	3,2	3	2,3
Ιατρική Αντιμετώπιση	2	5,7	5	5,3	7	5,4
Εναλλακτικές	1	2,9	2	2,1	3	2,3
Ιατρικά Αίτια	3	8,6	14	14,7	17	13,1
Στειρότητα	5	14,3	14	14,7	19	14,6
Υπογονιμότητα	2	5,7	5	5,3	7	5,4
Υπογεννητικότητα	0	0	2	2,1	2	1,5
Άτεκνος, άγονος,...	4	11,4	5	5,3	9	6,9
Ανάπηρος, μειονεξία,...	2	5,7	1	1,1	3	2,3
Γενικοί Παράγοντες	1	2,9	2	2,1	3	2,3
Κοινωνική πλευρά	0	0	3	3,2	3	2,3
Προσωπικές Επιλογές	2	5,7	2	2,1	4	3,1
Σύνολο	35		95		130	

Παρατηρούμε ότι ο ψυχολογικός παράγοντας υπερέχει στις απαντήσεις των γυναικών που θεωρούν ότι η ευθύνη της υπογονιμότητας είναι ατομική καθώς επίσης οι κοινωνικοί χαρακτηρισμοί αλλά και οι προσωπικές επιλογές. Ο χαρακτηρισμός της στειρότητας και της υπογονιμότητας είναι κοινός και στις δύο ομάδες ενώ τα ιατρικά αίτια, η γενική αντιμετώπιση και η κοινωνική πλευρά παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις απαντήσεις των γυναικών που θεωρούν ως ευθύνη του ζευγαριού την υπογονιμότητα (Πίνακας 60).

Συνεπώς οι γυναίκες οι οποίες υποστηρίζουν την ατομική ευθύνη της υπογονιμότητας δέχονται περισσότερο το κοινωνικό στιγματισμό και αποδίδουν από μια άποψη τα αίτια της υπογονιμότητας στις προσωπικές επιλογές. Για τις γυναίκες που υποστηρίζουν την ευθύνη του ζευγαριού, τα ιατρικά αίτια καλύπτουν την αιτιολογία της υπογονιμότητας.

Πίνακας 61: Κατανομή συχνότητας στοιχείων υπογονιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα									
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	22-30		30-35		35-40		40-53		Σύνολο
		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	2	16,7	3	4,8	1	2,2	0	0	6
Ψυχολογικός Παράγοντας	4	33,3	29	46	13	28,9	3	14,3	49
Αντιμετώπιση-Τεχνικά	0	0	0	0	0	0	3	14,3	3
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	3	4,8	4	8,9	0	0	7
Εναλλακτικές	0	0	1	1,6	0	0	2	9,5	3
Ιατρικά Αίτια	4	33,3	4	6,3	9	20	0	0	17
Στείρωση	2	16,7	8	12,7	5	11,1	4	19	19
Υπογονιμότητα	0	0	5	7,9	4	8,9	2	9,5	11
Υπογεννητικότητα	0	0	0	0	0	0	2	9,5	2
Ατεκνος, άγονος...	0	0	2	3,2	3	6,7	3	14,3	8
Ανάστρος, μειονεξία...	0	0	3	4,8	2	4,4	0	0	5
Γενικοί Παράγοντες	0	0	2	3,2	1	2,2	0	0	3
Κοινωνική πλευρά	0	0	1	1,6	3	6,7	0	0	4
Προσωπικές Επιλογές	0	0	2	1,4	0	0	2	9,5	4
Σύνολο	12		63		45		21		141

Για τις γυναίκες ηλικίας 22-30 η υπογονιμότητα συνδέεται με τον ψυχολογικό παράγοντα, τα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα και την έλλειψη ολοκλήρωσης. Για τις γυναίκες ηλικίας 30-35 ετών η υπογονιμότητα συνδέεται περισσότερο με το ψυχολογικό παράγοντα και τη στειρότητα. Για τις γυναίκες ηλικίας 35-40, η υπογονιμότητα συνδέεται περισσότερο με τον ψυχολογικό παράγοντα, τα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα, υπογονιμότητα, ιατρική αντιμετώπιση. Για τις γυναίκες ηλικίας 40 και άνω ετών η υπογονιμότητα συνδέεται με τη στειρότητα, το ψυχολογικό παράγοντα, τη γενική αντιμετώπιση, την ατεκνία, τις προσωπικές επιλογές, την υπογεννητικότητα, την υπογονιμότητα, τις εναλλακτικές λύσεις (Πίνακας 61).

Για τις γυναίκες ηλικίας 22-30 εμφανίζεται περισσότερο ο ψυχολογικός παράγοντας, τα ιατρικά αίτια, η έλλειψη ολοκλήρωσης. Για τις γυναίκες ηλικίας 30-53 εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό οι κατηγορίες της αντιμετώπισης, ο χαρακτηρισμός της ατεκνίας αλλά και ο κοινωνικός προβληματισμός ενώ για την ηλικία των 35-40 ετών στην πρόσληψη της υπογονιμότητας περιλαμβάνεται η ιατρική αντιμετώπιση.

Ο ψυχολογικός παράγοντας και η στειρότητα εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η παρουσία του πρώτου φθίνει με το πέρασμα των ηλικιών και είναι μεγαλύτερη στην ηλικιακή ομάδα 30-35 ετών ενώ η δεύτερη συναντάται περισσότερο στις μικρές και στις μεγάλες ηλικίες.

Ε3.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι κατηγορίες απαντήσεων για τα χαρακτηριστικά των γυναικών προέκυψαν οι εξής:

1. Θύματα καταπίεσης

Θύματα του πώς μεγαλώνουν, δυστυχώς και θύματα του άντρα, έχουν αρνητικά που είναι αποτέλεσμα καταπίεσης, αυτές που ταλαιπωρούνται περισσότερο, κοινωνικά καταπιεσμένες, φορτισμένες κοινωνικά για οικογενειακή ή επαγγελματική επιτυχία, σεξουαλικά καταπιεσμένες, εξαρτώμενες συναισθηματικά, εξαρτημένες οικονομικά

2. Ενεργητικά Δυναμικές

Δυνατές, δυναμικές, δημιουργικές, αποφασιστικές, ικανές, δραστήριες, εργατικές, οργανωτικές, πολυάσχολες, υπεύθυνες, αυθεκτικές, πολυτάλαντες, εργασιομανείς, ενεργητικές, ανεξάρτητες, επίμονες, ανταγωνιστικές, ηγεμονικές, έξυπνες, αυταρχικές, τελειομανείς, πονηρές, εύτροφες, διπλωματικές, γνωρίζουν από διπλωματία, είναι γάτες (πάντα ξέρουν αυτό που θέλουν), θέλουν να επιβάλλονται, έχουν τεράστια δύναμη μέσα τους, δυνατά άτομα με τεράστια ψυχικά αποθέματα, αντέχουν στον πόνο, διάλογος, έτοιμες για όλα, ικανότητες στη διεκπεραίωση θεμάτων, ανεξάρτητες να αποφασίζουν, δυναμικότητα, αναντικατάστατες, τολμηρές στο θέμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης

3. Γυνακεία Ταυτότητα-Θηλυκές

θηλυκές, ωριαυπαθής, ματαιόδοξες, γλυκές, αγαπητές, υπέροχες, σεξουαλικές, όμορφες, αγαπάνε το σώμα τους και τον εαυτό τους, όμορφοι, όμορφες παρουσίες, εγωπαθής, ρομαντικές, αναπαραγωγικές, γόνιμες, φυσικές

4. Αρνητικές

Πεισματάρδες, ανυπόμονες, νευρικές, εγωίστριες αγχώδεις, ανασφαλείς, εκνευριστικές, παραπονιάρδες, γκρινιάρδες, κυκλοθυμικές, ευερέθιστες, ευάλωτες, ζηλιάρδες, αγχωτικές, φοβιτσιάρδες

5. Ωριμες

Ωριμες, χειραφετημένες, συνεργάσιμες, προσγειωμένες, ρεαλιστριες, συγκροτημένες, αισιόδοξες, πρακτικές, διορατικές, ειρηνικές, έχουν διαίσθηση, ενέλικτες, ολοκληρωμένες προσωπικότητες, σχολαστικές, διορατικές, ευαισθητοποιημένες στο θέμα της μητρότητας, λογικές, αποφασίζουν με βάση τη λογική

6. Συναισθηματικές

Τρυφερές, στοργικές, καρτερικές, πονετικές, καλές, ανεκτικές, γεμάτες συναισθήματα, προστατευτικές στα μέλη της οικογένειας, έχουν κουράγιο, ψύχραιμες, συμπονετικές, αγάπη, προστατευτικότητα, στοργικότητα, ευθουσιώδης, ευαίσθητες συναισθηματικά, ευαίσθητες, συναισθηματικές, προσεκτικές στις σχέσεις τους, αισθηματικές

Ρόλοι

7. Βάση της οικογένειας, σημαντικές σε ένα σπίτι, βοηθοί, στήριγμα, αστείρευτη πηγή αγάπης για το σύζυγο και τα παιδιά της, νοικοκυρά, άντρας είναι κεφάλι και γυναίκα λαίμος

8. Μητέρες, καλές μητέρες, μανάδες, γεννημένες να γίνουν μάνες/μητέρες, φέρνει τη ζωή στον κόσμο, πηγή ζωής, μητρότητα

9. Σύζυγος, ερωμένες, σύντροφοι, γυναίκες

10. Ιερότερο πλάσμα στο κόσμο, το πιο ευαίσθητο πλάσμα στον κόσμο

11. Ευχάριστη φιλική παρέα, φίλη

12. Πέτυχημένοι σύγχρονοι επαγγελματίες, σωστές επαγγελματίες, κατέχουν σημαντικά πόστα και θέσεις

13. Καλοί επιστήμονες, αξιόλογοι επιστήμονες

14. Ανθρώπινα όντα, άνθρωπος

Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν οι γυναίκες για την ομάδα υπαγωγής τους χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά, σε κοινωνικά χαρακτηριστικά (θηλυκά) και ρόλους αλλά και τα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας που παραθέτονται σε δυναμικά (ενεργητικά δυναμικές, ώριμες), ήπια ή μέτρια (συναισθηματικές).

Τα χαρακτηριστικά που παραθέτουν οι γυναίκες ανάλογα με σημαντικές μεταβλητές έχουν ως εξής:

Πίνακας 62: Κατανομή συχνότητας χαρακτηριστικών γυναικών ανά πρόβλημα											
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Γυναίκα			Άντρας			Κοινό			Σύνολο	
	% στήλη	% γραμμή		% στήλη	% γραμμή		% στήλη	% γραμμή		% στήλη	
Θύματα Κραταπίεσης	2	1,7	40	1	0,9	20	2	1,8	40	5	1,5
Ενεργητικά Δυναμικές	47	39,8	37,6	43	38,4	34,4	35	31,8	28	125	36,8
Θηλυκές	9	7,6	47,4	6	5,4	31,6	4	3,6	21,1	19	5,6
Αρνητικές	11	9,3	33,3	6	5,4	18,2	16	14,5	48,5	33	9,7
Ωριμες	3	2,5	12,5	11	9,8	45,8	10	9,1	41,7	24	7,1
Συναισθηματικές	30	25,4	34,5	24	21,4	27,6	33	30	37,9	87	25,6
Ρόλος στην οικογένεια	5	4,2	71,4	1	0,9	14,3	1	0,9	14,3	7	2,1
Ρόλος της μητέρας	4	3,4	21,1	11	9,8	57,9	4	3,6	21,1	19	5,6
Ρόλος συζύγου	5	4,2	62,5	2	1,8	25	1	0,9	12,5	8	2,4
Ιερότερο πλάσμα	1	0,8	50	1	0,9	50	0	0	0	2	0,6
Παρέα	1	0,8	50	0	0	0	1	0,9	50	2	0,6
Επαγγελματίες	0	0	0	3	2,7	75	1	0,9	25	4	1,2
Επιστήμονες	0	0	0	1	0,9	50	1	0,9	50	2	0,6
Ανθρώπος	0	0	0	2	1,8	66,7	1	0,9	33,3	3	0,9
Σύνολο	118			112			110			340	

Στην περίπτωση της μεταβλητής του προβλήματος της υπογονιμότητας, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, θηλυκές. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές ώριμες και με ρόλο μητέρας ενώ οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, αρνητικές, ώριμες (Πίνακας 62).

Η παρουσία του ανδρικού παράγοντα στην υπαιτιότητα φαίνεται ότι συνδέεται με το στοιχείο της ωριμότητας ενώ του γυναικείου παράγοντα τη συναισθηματικότητα. Η δυναμικότητα παρουσιάζεται περισσότερο στις συνθήκες της μονομερούς αιτιότητας (γυναικεία υπογονιμότητα ή ανδρική υπογονιμότητα). Τέλος, όταν συναντάται η γυναικεία υπογονιμότητα αποδίδονται οι κοινωνικοί ρόλοι, όταν απαντάται η ανδρική υπογονιμότητα αποδίδεται ο κοινωνικός ρόλος της μητέρας, ενώ στην κοινή υπογονιμότητα δεν αποδίδονται χαρακτηριστικά κοινωνικής ταυτότητας.

Πίνακας 63: Κατανομή συχνότητας χαρακτηριστικών γυναικών ανά τύπο υπογονιμότητας						
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Δευτεροπαθής		Πρωτοπαθής		Σύνολο	
		% στήλης		% στήλης		%
Θύματα Καταπίεσης	4	2,6	4	2	8	2,3
Ενεργητικά Δυναμικές	58	38,4	71	35,5	129	36,8
Θηλυκές	7	4,6	13	6,5	20	5,7
Αρνητικές	11	7,3	22	11	33	9,4
Ωριμες	8	5,3	17	8,5	25	7,1
Συναισθηματικές	42	27,8	46	23	88	25,1
Ρόλος στην οικογένεια	3	2	4	2	7	2
Ρόλος της μητέρας	11	7,3	8	4	19	5,4
Ρόλος συζύγου	3	2	5	2,5	8	2,3
Ιερότερο πλάσμα	2	1,3	0	0	2	0,6
Παρέα	1	0,7	1	0,5	2	0,6
Επαγγελματίες	0	0	4	2	4	1,1
Επιστήμονες	0	0	2	1	2	0,6
Άνθρωπος	1	0,7	3	1,5	4	1,1
Σύνολο	151		200		351	

Οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, ρόλο μητέρας και αρνητικές ενώ με πρωτοπαθή υπογονιμότητα ως λιγότερο ενεργητικά δυναμικές, λιγότερο συναισθηματικές, περισσότερο αρνητικές και περισσότερο ώριμες (Πίνακας 63).

Πίνακας 64: Κατανομή συχνότητας χαρακτηριστικών γυναικών ανά κατηγορία θρησκευτικού συναίσθηματος						
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Θρησκευόμενο		Ουδέτερο		Σύνολο	
		% στήλης		% στήλης		% στήλης
Θύματα Καταπίεσης	4	1,5	4	5,9	8	2,4
Ενεργητικά δυναμικές	95	36,3	28	41,2	123	37,3
Θηλυκές	12	4,6	4	5,9	16	4,8
Αρνητικές	26	9,9	6	8,8	32	9,7
Ωριμες	15	5,7	9	13,2	24	7,3
Συναισθηματικές	67	25,6	12	17,6	79	23,9
Ρόλος στην οικογένεια	7	2,7	0	0	7	2,1
Ρόλος της μητέρας	18	6,9	1	1,5	19	5,8
Ρόλος συζύγου	8	3,1	0	0	8	2,4
Ιερότερο πλάσμα	2	0,8	0	0	2	0,6
Παρέα	2	0,8	0	0	2	0,6
Επαγγελματίες	2	0,8	2	2,9	4	1,2
Επιστήμονες	2	0,8	0	0	2	0,6
Άνθρωπος	2	0,8	2	2,9	4	1,2
Σύνολο	262		68		330	

Οι γυναίκες με θρησκευτικό συναίσθημα παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές και με κοινωνικό ρόλο (οικογένεια, μητέρας, συζύγου) ενώ οι ουδέτερες ως περισσότερο ενεργητικά

δυναμικές, περισσότερο συναισθηματικές, περισσότερο ώριμες και λιγότερο αρνητικές (Πίνακας 64). Συνεπώς με περισσότερο δυνατά χαρακτηριστικά και με έμφαση σε κοινωνικούς ρόλους χαρακτηρίζονται οι ουδέτερες.

Πίνακας 65: Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά κατηγορία ευθύνης						
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Ατομική Ευθύνη		Ευθύνη Ζευγαριού		Σύνολο	
		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη
Θύματα Καταπίεσης	1	1	4	1,9	5	1,6
Ενεργητικά Δυναμικές	38	39,2	78	36,6	116	37,4
Θηλυκές	6	6,2	14	6,6	20	6,5
Αρνητικές	8	8,2	18	8,5	26	8,4
Ωριμες	5	5,2	17	8	22	7,1
Συναισθηματικές	26	26,8	49	23	75	24,2
Ρόλος στην οικογένεια	1	1	6	2,8	7	2,3
Ρόλος της μητέρας	8	8,2	11	5,2	19	6,1
Ρόλος συζύγου	3	3,1	5	2,3	8	2,6
Ιερότερο πλάσμα	0	0	2	0,9	2	0,6
Παρέα	0	0	2	0,9	2	0,6
Επαγγελματίες	1	1	3	1,4	4	1,3
Επιστήμονες	0	0	2	0,9	2	0,6
Άνθρωπος	0	0	2	0,9	2	0,6
Σύνολο	97		213		310	

Οι γυναίκες οι οποίες υποστηρίζουν την ατομική ευθύνη παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, με ρόλο μητέρας ενώ αυτές οι οποίες υποστηρίζουν την ευθύνη του ζευγαριού παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, ώριμες (Πίνακας 65).

Πίνακας 66: Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα										
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	22-30		30-35		35-40		40-53		Σύνολο	
		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη		%Στήλη
Θύματα Καταπίεσης	1	2	1	0,7	3	2,5	3	7,3	8	2,3
Ενεργητικά Δυναμικές	23	46	49	36,6	38	31,4	17	41,5	127	36,7
Θηλυκές	2	4	12	9	5	4,1	1	2,4	20	5,8
Αρνητικές	6	12	12	9	11	9,1	4	9,8	33	9,5
Ωριμες	2	4	13	9,7	9	7,4	1	2,4	25	7,2
Συναισθηματικές	12	24	35	26,1	27	22,3	12	29,3	86	24,9
Ρόλος στην οικογένεια	1	2	1	0,7	5	4,1	0	0	7	2
Ρόλος της μητέρας	2	4	7	5,2	8	6,6	1	2,4	18	5,2
Ρόλος συζύγου	0	0	1	0,7	6	5	1	2,4	8	2,3
Ιερότερο πλάσμα	1	2	0	0	1	0,8	0	0	2	0,6
Παρέα	0	0	0	0	2	1,7	0	0	2	0,6
Επαγγελματίες	0	0	2	1,5	2	1,7	0	0	4	1,2
Επιστήμονες	0	0	1	0,7	1	0	0	0	2	0,6
Άνθρωπος	0	0	0	0	3	0,9	1	2,4	4	1,2
Σύνολο	50		134		121		41		346	

Οι γυναίκες των 22-30 ετών παρουσιάζουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, των 30-35 ετών ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, ώριμες, αρνητικές, θηλυκές, των 35-40 ετών ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, ώριμες και των 40-53 ετών ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, αρνητικές, θύματα καταπίεσης (Πίνακας 66).

Συγκριτικά με τα χαρακτηριστικά όλων των ηλικιακών ομάδων, στην πρώτη ομάδα προεξέχουν τα χαρακτηριστικά της δυναμικότητας και της αρνητικότητας, στη δεύτερη της ωριμότητας και της θηλυκότητας, της τρίτης του κοινωνικού ρόλου της μητέρας και της τέταρτης της συναισθηματικότητας και του θύματος καταπίεσης.

Πίνακας 67: Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά κατηγορία εργασιακής κατάστασης

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Σύνολο	
		% Εργ.		% Εργ.		% Τον.
Θύματα Καταπίεσης	1	1,2	7	2,6	8	2,3
Ενεργητικά Δυναμικές	26	31	103	38,6	129	36,8
Θηλυκές	8	9,5	12	4,5	20	5,7
Αρνητικές	7	8,3	26	9,7	33	9,4
Ωριμες	2	2,4	23	8,6	25	7,1
Συναισθηματικές	19	22,6	69	25,8	88	25,1
Ρόλος στην οικογένεια	6	7,1	1	0,4	7	2
Ρόλος της μητέρας	8	9,5	11	4,1	19	5,4
Ρόλος συζύγου	4	4,8	4	1,5	8	2,3
Ιερότερο πλάσμα	1	1,2	1	0,4	2	0,6
Παρέα	0	0	2	0,7	2	0,6
Επαγγελματίες	1	1,2	3	1,1	4	1,1
Επιστήμονες	1	1,2	1	0,4	2	0,6
Άνθρωπος	0	0	4	1,5	4	1,1
Σύνολο	84		267		351	

Οι γυναίκες-νοικοκυρές προβάλλουν την ομάδα υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, συναισθηματικές, θηλυκές, ρόλος μητέρας, συζύγου και στην οικογένεια καθώς και αρνητικές ενώ οι γυναίκες-εργαζόμενες ως περισσότερο ενεργητικά δυναμικές, περισσότερο συναισθηματικές, αρνητικές και περισσότερο ώριμες (Πίνακας 67).

Συνεπώς διαπιστώνουμε ότι οι νοικοκυρές προβάλλουν περισσότερο τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας ενώ οι εργαζόμενες τα δυνατά ιδιοσυγκρασιακά.

E.3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την κωδικοποίηση, κατηγοριοποίηση και συσχέτιση των απαντήσεων των γυναικών στις ανοιχτές ερωτήσεις για τη γονιμότητα, υπογονιμότητα και χαρακτηριστικά της ομάδας των γυναικών με τις μεταβλητές του προβλήματος, του τύπου υπογονιμότητας, του θρησκευτικού συναισθήματος, της εργασιακής απασχόλησης και της ηλικίας παρατηρείται ότι:

Στην περίπτωση της γυναικείας υπογονιμότητας, διαπιστώνεται η παρουσίαση χαρακτηριστικών κοινωνικής ταυτότητας της γυναίκας (κοινωνικοί ρόλοι). Η αναπαράσταση της γονιμότητας επικεντρώνεται στη βιο-ψυχο-κοινωνική διάστασή της ενώ η υπογονιμότητα επικεντρώνεται στο ψυχολογικό κόστος, στα αίτια (λιγότερο ιατρικά αίτια, παρουσία προσωπικών επιλογών και εξωγενείς παράγοντες) καθώς και στη γενική αντιμετώπιση (στήριξη προσπάθειας, κλπ).

Στην περίπτωση της ανδρικής υπογονιμότητας, παρουσιάζεται έντονα ο κοινωνικός ρόλος της μητέρας, η δυναμικότητα και η ωριμότητα. Η αναπαράσταση της γονιμότητας επικεντρώνεται περισσότερο στην κύηση/γέννηση, στην οικογένεια, στα βιολογικά στοιχεία και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις. Η υπογονιμότητα απορροφά τη σημασία της από τα ιατρικά αίτια και τους κοινωνικούς χαρακτηρισμούς (ατεκνία, αναπηρία, στειρότητα).

Στην περίπτωση της κοινής υπογονιμότητας παρουσιάζεται η αρνητική και η ταυτόχρονη ώριμη παρουσίαση της ομάδας υπαγωγής των γυναικών. Η αναπαράσταση της γονιμότητας επικεντρώνεται περισσότερο από τις άλλες κατηγορίες στον ψυχολογικό παράγοντα, τη δημιουργία, την υγεία, τη θεϊκή διάσταση και λιγότερο στην ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και την οικογένεια. Η αναπαράσταση της υπογονιμότητας επικεντρώνεται περισσότερο στην έλλειψη ολοκλήρωσης, στο ψυχολογικό κόστος της υπογονιμότητας, στην ιατρική αντιμετώπιση και στην αρνητική συμπεριφορά της κοινωνίας και λιγότερο στα ιατρικά αίτια.

Η βιολογική διάσταση της γονιμότητας αναφέρεται και στις τρεις κατηγορίες γυναικών. Εν τούτοις, φαίνεται ότι η πρόσληψη της βιολογικής διάστασης διαφοροποιείται. Πιο συγκεκριμένα, στη γυναικεία υπογονιμότητα, παρουσιάζεται η σύνδεση των βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, στην ανδρική υπογονιμότητα, η κύηση/γέννηση με την οικογένεια και στην κοινή υπογονιμότητα η υγεία με τον ψυχολογικό παράγοντα. Συνεπώς

διαπιστώνουμε αρχικά ότι η βιολογική διάσταση προσλαμβάνεται ως βιολογικά στοιχεία και συνδέεται με την ταυτότητα του ατόμου εφόσον συνδέεται και με την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Η γέννηση/κύηση αποτελεί το αποτέλεσμα της γονιμότητας και φαίνεται να σημασιοδοτεί τον κοινωνικό θεσμό της οικογένειας.

Στην κοινή υπογονιμότητα, η υγεία τονίζεται ιδιαίτερα με το ψυχολογικό όφελος της γονιμότητας.

Όσο αφορά την υπογονιμότητα, στις δύο συνθήκες -αυτές της κοινής και της ανδρικής υπογονιμότητας- παρουσιάζεται η βιολογική διάσταση της μη-γονιμότητας επικεντρώνοντας στα ιατρικά αίτια και στην ιατρική αντιμετώπιση. Οι γυναίκες στη συνθήκη της ανδρικής υπογονιμότητας παρουσιάζουν τα ιατρικά αίτια της υπογονιμότητας ενώ της κοινής υπογονιμότητας την ιατρική αντιμετώπιση. Στην τελευταία αυτή περίπτωση βλέπουμε τον τρόπο με τον οποίο η επιστήμη της ιατρικής υπεισέρχεται στην πρόσληψη της υπογονιμότητας και καθιστά την τελευταία, πλαίσιο παρέμβασης της ιατρικής. Οι δύο αυτές κατηγορίες προσλαμβάνουν τον κοινωνικό αντίκτυπο της κοινωνίας περισσότερο αρνητικά.

Αντίθετα, η αποδοχή των προσωπικών επιλογών παρουσιάζεται περισσότερο στην περίπτωση της γυναικείας υπογονιμότητας και επικεντρώνονται οι γυναίκες της κατηγορίας αυτής στις εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης της υπογονιμότητας και στη γενική αντιμετώπιση.

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών παρουσιάζεται περισσότερο στις κατηγορίες της γυναικείας και της ανδρικής υπογονιμότητας παρά στην περίπτωση της κοινής υπογονιμότητας. Επιπρόσθετα, στις κατηγορίες της ανδρικής και της κοινής υπογονιμότητας παρουσιάζονται περισσότερο τα δυνατά χαρακτηριστικά των γυναικών και στην τελευταία και τα αρνητικά.

Σχετικά με το διαχωρισμό των γυναικών με δευτεροπαθή και πρωτοπαθή υπογονιμότητα διαπιστώνονται τα εξής: Στην πρώτη περίπτωση, όπου έχει υπάρξει στο παρελθόν εγκυμοσύνη, η αναπαράσταση της γονιμότητας επικεντρώνεται στις ψυχολογικές προϋποθέσεις οι οποίες αφορούν τις ψυχολογικές σχέσεις του ζευγαριού, την κύηση/γέννηση και τη θεϊκή διάσταση ενώ η αναπαράσταση της υπογονιμότητας με το ψυχολογικό κόστος και την απόδοση ιατρικών αιτιών. Στη δεύτερη περίπτωση, όταν δεν έχει υπάρξει η εγκυμοσύνη στο παρελθόν, η αναπαράσταση της γονιμότητας επικεντρώνεται στο ψυχολογικό όφελος της γονιμότητας, στα βιολογικά στοιχεία και την οικογένεια και της υπογονιμότητας στην ιατρική αντιμετώπιση και τον κοινωνικό αντίκτυπο. Στη δευτεροπαθή υπογονιμότητα,

οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερο τα χαρακτηριστικά της δυναμικότητας, της συναισθηματικότητας και του κοινωνικού ρόλου της μητέρας ενώ στη πρωτοπαθή περίπτωση τα αρνητικά χαρακτηριστικά και αυτά της ωριμότητας.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας επικεντρώνονται περισσότερο στο αποτέλεσμα της γονιμότητας (κύηση) προσδίδοντας ταυτόχρονα και μια θεϊκή διάσταση, αποδίδουν περισσότερο στα ιατρικά αίτια την υπογονιμότητα, παρουσιάζουν περισσότερο το ψυχολογικό κόστος της υπογονιμότητας καθώς και τον κοινωνικό ρόλο της μητέρας.

Οι γυναίκες της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, επικεντρώνονται περισσότερο στην ιατρική αντιμετώπιση της υπογονιμότητας καθώς και στον κοινωνικό αντίκτυπο αυτής και παρουσιάζουν περισσότερο τα αρνητικά χαρακτηριστικά των γυναικών.

Σχετικά με το διαχωρισμό των γυναικών όσο αφορά το θρησκευτικό συναίσθημα, οι θρησκευόμενες αναπαριστούν τη γονιμότητα περισσότερο με το ψυχολογικό όφελος αυτής καθώς και τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την υπογονιμότητα με το ψυχολογικό κόστος αυτής, τα ιατρικά αίτια και τη στειρότητα ενώ προβάλλουν περισσότερο τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά και τον κοινωνικό ρόλο των γυναικών ως μητέρα, σύζυγος και ρόλο στην οικογένεια.

Οι ουδέτερες, στο θρησκευτικό συναίσθημα, γυναίκες, αναπαριστούν τη γονιμότητα ως κύηση, οικογένεια και ψυχολογικές προϋποθέσεις, την υπογονιμότητα ως στειρότητα και ατεκνία και παρουσιάζουν περισσότερο τα δυναμικά χαρακτηριστικά.

Συμπερασματικά, το διπολικό σχήμα γονιμότητας-υπογονιμότητας που εμφανίζεται στις θρησκευόμενες επικεντρώνεται στο ψυχολογικό όφελος-κόστος καθώς και στα βιολογικά στοιχεία-ιατρικά αίτια, δίνοντας μια βιο-ψυχολογική διάσταση στο σχήμα αυτό. Παράλληλα προβάλλεται ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών. Στις ουδέτερες, στο θρησκευτικό συναίσθημα, γυναίκες παρουσιάζεται περισσότερο η κοινωνική διάσταση του διπολικού σχήματος γονιμότητα-υπογονιμότητα και προβάλλονται περισσότερο τα δυναμικά χαρακτηριστικά των γυναικών.

Σε ένα άλλο επίπεδο, αυτό του διαχωρισμού των γυναικών ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση, οι εργαζόμενες αναπαριστούν τη γονιμότητα επικεντρώνοντας περισσότερο στα βιολογικά στοιχεία, την υπογονιμότητα στο ψυχολογικό κόστος αυτής και στη στειρότητα ενώ προβάλλουν περισσότερο τα δυναμικά χαρακτηριστικά, αυτά της ωριμότητας και τα συναισθηματικά. Οι νοικοκυρές,

αναπαριστούν τη γονιμότητα επικεντρώνοντας στην οικογένεια και στις ψυχολογικές προϋποθέσεις, την υπογονιμότητα με τα ιατρικά αίτια και τον κοινωνικό στιγματισμό και προβάλλουν περισσότερο τα θηλυκά χαρακτηριστικά των γυναικών και τον κοινωνικό ρόλο αυτών ως μητέρα, συζύγου και με ρόλο στην οικογένεια.

Τέλος, όσο αφορά τις ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες της πρώτης ομάδας 22-30 ετών αναπαριστούν τη γονιμότητα ως κύηση επικεντρώνοντας στις ψυχολογικές προϋποθέσεις και το ψυχολογικό όφελος αυτής, την υπογονιμότητα με τα ιατρικά αίτια και προβάλλουν περισσότερο τα δυναμικά και τα αρνητικά στοιχεία. Οι γυναίκες της δεύτερης ηλικιακής ομάδας ηλικίας 30-35 ετών αναπαριστούν τη γονιμότητα ως ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου, την υπογονιμότητα με το ψυχολογικό κόστος αυτής και προβάλλουν περισσότερο τα χαρακτηριστικά της ωριμότητας και της θηλυκότητας. Οι γυναίκες της τρίτης ηλικιακής ομάδας ηλικίας 35-40 ετών αναπαριστούν τη γονιμότητα περισσότερο ως φύση και δημιουργία, την υπογονιμότητα με τον κοινωνικό χαρακτηρισμό της αναπηρίας και την αρνητική συμπεριφορά της κοινωνίας και προβάλλουν περισσότερο τον κοινωνικό ρόλο των γυναικών ως μητέρες. Οι γυναίκες της τέταρτης ηλικιακής ομάδας ηλικίας 40-53 ετών αναπαριστούν τη γονιμότητα περισσότερο ως οικογένεια και βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την υπογονιμότητα ως γενική αντιμετώπιση (στήριξη, προσπάθεια, αγάπη), εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης, τον κοινωνικό χαρακτηρισμό της ατεκνίας και προσωπικές επιλογές και προβάλλουν περισσότερο τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά και αυτά των θυμάτων καταπίεσης.

Συμπερασματικά, όσο αφορά την αναπαράσταση της υπογονιμότητας για τις ηλικιακές ομάδες, το ψυχολογικό κόστος αυτής φαίνεται να διαδραματίζει λιγότερο ρόλο καθώς αυξάνει η ηλικία ενώ η έννοια της αντιμετώπισης φαίνεται να παίζει μεγαλύτερο ρόλο και παράλληλα και ο κοινωνικός χαρακτηρισμός λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις. Οι αποδόσεις των ιατρικών αιτιών αλλά και οι προσωπικές επιλογές παρουσιάζονται στην τελευταία ομάδα.

Εν κατακλείδι, παρατηρείται διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων τόσο του διπολικού σχήματος γονιμότητας-υπογονιμότητας όσο και της παρουσίας των χαρακτηριστικών της ομάδας υπαγωγής (ιδιοσυγκρασιακών ή κοινωνικής ταυτότητας) μεταξύ των ομάδων γυναικών έτσι όπως διαμορφώνονται από τις μεταβλητές.

Ε.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ

Ε.4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΣΜΟΥ (PRONATALISM)

Η παραγοντική ανάλυση⁵⁷ για τον προγεννητισμό έδωσε δύο παράγοντες. Στον πρώτο παράγοντα αντικατοπτρίζεται η φυσική έκφραση του γάμου η οποία είναι η απόκτηση των παιδιών. Πρόκειται για την εσωτερίκευση των γενικών αρχών του προγεννητισμού. Τα παιδιά αποτελούν πηγή ενδιαφέροντος και αντιπροσωπεύουν μια ώριμη έκφραση αγάπης. Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός ρόλος της ενήλικης ζωής και ότι τα παιδιά κάνουν πιο ευτυχισμένο το γάμο και είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία. Στο δεύτερο παράγοντα συσχετίζεται η απόκτηση των παιδιών με τη σεξουαλικότητα, με την ένταξη του ζευγαριού στο γόνιμο κόσμο των ενηλίκων, ότι αποτελεί λόγο μη διαζυγίου και ευτυχισμένου γάμου, ότι ο λόγος ύπαρξης της οικογένειας είναι η αναπαραγωγή, ότι τα παιδιά οδηγούν στη γυναικεία ευτυχία και ότι το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση των παιδιών. Διαπιστώνουμε με τον τρόπο αυτό ότι ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με την πρόσληψη της οικογένειας -και της αναπαραγωγής η οποία αποτελεί και την κύρια λειτουργία της οικογένειας- ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης στο γόνιμο κόσμο των ενηλίκων. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά την αποδοχή των αρχών του προγεννητισμού ως κοινωνική ενταξιακή διαδικασία.

Πίνακας 68: Πρώτος Παράγοντας του Προγεννητισμού-Αποδοχή των Κανόνων του Προγεννητισμού

Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή	0.756
Τα παιδιά είναι φυσική και φυσιολογική κατάληξη του γάμου	0.750
Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν μια ώριμη έκφραση αγάπης	0.743
Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής	0.703
Τα παιδιά κάνουν το γάμο πιο ευτυχισμένο και λιγότερο ενόχλο στο διαζύγιο	0.498
Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία	0.486
Ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 46,698%	
Συνολική διακύμανση 57,92%	

Διερευνήθηκε η σχέση του πρώτου παράγοντα του προγεννητισμού με μεταβλητές με τη βοήθεια της ανάλυσης διακύμανσης και διαπιστώθηκε ότι η σχέση με την ηλικία και το θρησκευτικό αίσθημα είναι στατιστικά σημαντική.

⁵⁷ Η παραγοντική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο εξαγωγής παραγόντων (Principal Component Analysis) και με τη μέθοδο στροφής παραγόντων (Varimax).

Πίνακας 69: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του πρώτου παράγοντα του προγεννητισμού-pronatalism με την ηλικία

Ηλικιακές ομάδες	Μέσοι Όροι	N	Τυπική Απόκλιση
20-25	,607	4	,638
25-30	,370	22	,849
30-35	,067	59	1,031
35-40	-,146	44	,979
40-45	-,437	19	1,065
45-50	-,512	2	,277
50-55	1,099	1	,
Total	-,000	151	1,003

$F(1,122)=4,618, p=0,034$

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών παρουσιάζουν σημαντικά μειωμένες τιμές στο πρώτο παράγοντα του προγεννητισμού (pronatalism) σε σχέση με τις γυναίκες ηλικίας 20-35 ετών καθώς και άνω των 50 ετών. Όπως φαίνεται η ηλικία των 35 ετών είναι οριακή σχετικά με την πρόσληψη των ιδεών της οικογένειας. Οι πιο νεαρές γυναίκες και κάτω των 35 ετών προσλαμβάνουν την οικογένεια περισσότερο μέσα από το πρίσμα του ενδιαφέροντος στη ζωή, της φυσιολογικής κατάληξης του γάμου, της ώριμης αγάπης και της σημαντικότητας του γονεϊκού ρόλου.

Πίνακας 70: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του πρώτου παράγοντα του προγεννητισμού-pronatalism με το θρησκευτικό αίσθημα

Θρησκευτικό συναίσθημα	Μέσοι Όροι	N	Τυπική Απόκλιση
Θρησκευόμενες	,086	111	,941
Ουδέτερες	-,310	30	1,192
Total	,002	141	1,008

$F(1,122)=4,263, p=0,041$

Το θρησκευτικό συναίσθημα αποτελεί κριτήριο διαφοροποίησης του πρώτου παράγοντα του προγεννητισμού. Οι γυναίκες οι οποίες δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενες/πιστές παρουσιάζουν πιο θετικές τιμές στον παράγοντα σε σχέση με τις γυναίκες που δηλώνουν ότι είναι ουδέτερες.

Πίνακας 71: Δεύτερος Παράγοντας του Προγεννητισμού Pronatalism-Αποδοχή των Κανόνων του Προγεννητισμού ως Ενταξιακή Διαδικασία

Τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική και τη γυναικεία σεξουαλικότητα	0.848
Τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά	0.782
Τα παιδιά κάνουν το γάμο πιο ευτυχισμένο και λιγότερο εμάλωτο στο διαζύγιο	0.652
Η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική, δηλαδή η εξασφάλιση των παιδιών	0.651
Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία	0.591
Το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους	0.404
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος	11,222
Συνολική διακύμανση	57,920%

Παρατηρούμε ότι ο παράγοντας αυτός είναι περιλαμβάνει την αποδοχή του κοινωνικού κανόνα για τα παιδιά και την οικογένεια (η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική και ότι το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους) το οποίο αφορά την ενταξιακή διαδικασία στο γόνιμο κόσμο των ενηλίκων αλλά και αποτελεί στοιχείο ταυτότητας. Η απόκλιση από τον κανόνα αυτό δημιουργεί ρήξη στο αίσθημα της προσωπικής ταυτότητας (τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική και τη γυναικεία σεξουαλικότητα) αλλά και στην ένταξη στον κόσμο των ενηλίκων με παιδιά (τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά).

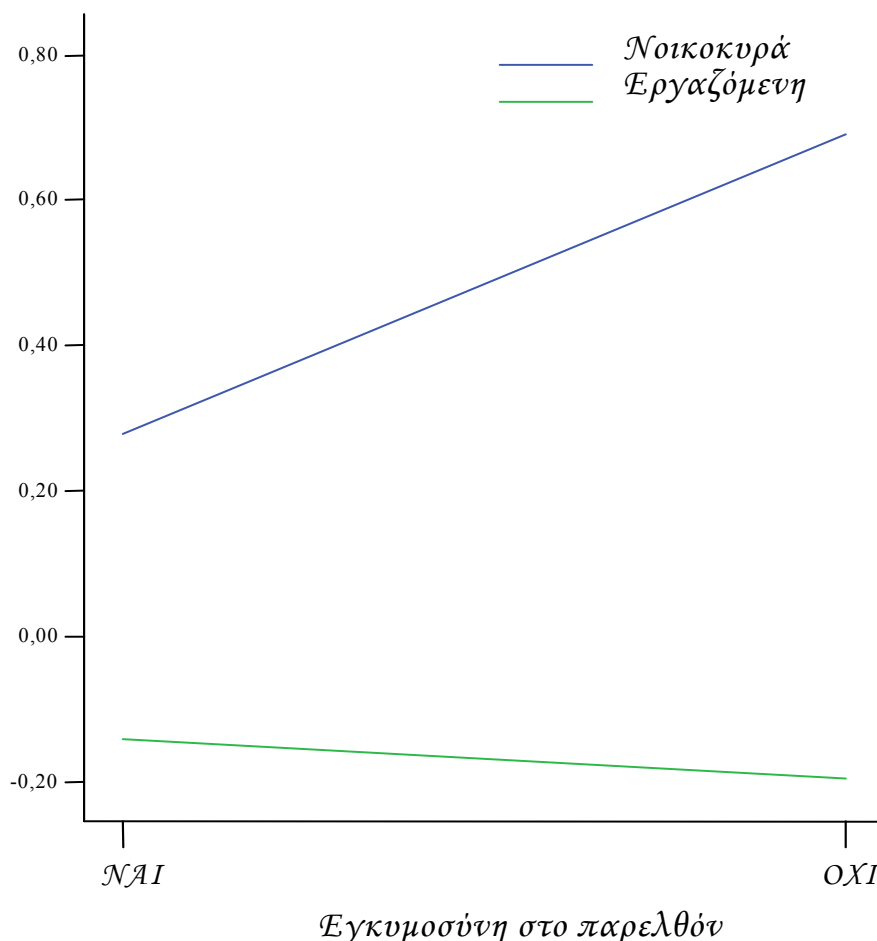
Ο παράγοντας αυτός υποστηρίζει την οικογένεια ως υποσύστημα της κοινωνίας το οποίο λειτουργεί για την αναπαραγωγή και τη φροντίδα των παιδιών. Η αναπαραγωγική λειτουργία και η απόδοση κοινωνικής ταυτότητας στα παιδιά είναι οι πιο σημαντικές. Παράλληλα όμως, η σταθεροποίηση της προσωπικότητας των ενηλίκων μελών του πληθυσμού είναι λειτουργία αλληλένδετη με τη γονεϊκότητα, η οποία αποτελεί ευθύνη του ζευγαριού και οδηγεί στην ολοκλήρωση.

Στο σημείο αυτό σκόπιμο είναι να εξηγήσουμε ότι η αποδοχή του κανόνα αυτού του προγεννητισμού έρχεται σε αντίθεση με τη συμπεριφοριστική κατάσταση των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών, κυρίως αυτών της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας. Οι τελευταίες, σε επίπεδο συμπεριφοράς δεν έχουν αποκτήσει παιδιά. Η επιθυμία, δεν αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ένταξη των υπογόνιμων ζευγαριών στο γόνιμο κόσμο των ενηλίκων.

Διερευνώντας τη σχέση του δεύτερου παράγοντα του προγεννητισμού με τις μεταβλητές διαπιστώνεται ότι η αλληλεπίδραση παιδιά στην οικογένεια και εργασιακή κατάσταση ($F(1,102)=5,746, p=0,018$), εγκυμοσύνη στο παρελθόν (πρωτοπαθή-δευτεροπαθή υπογονιμότητα) και εργασιακή κατάσταση ($F(1,102)=6,265, p=0,014$) καθώς και παιδιά στην οικογένεια και ποιος έχει το πρόβλημα (γυναίκα, άντρας, και οι δύο) ($F(1,102)=3,860, p=0,024$) παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό ενδιαφέρον.

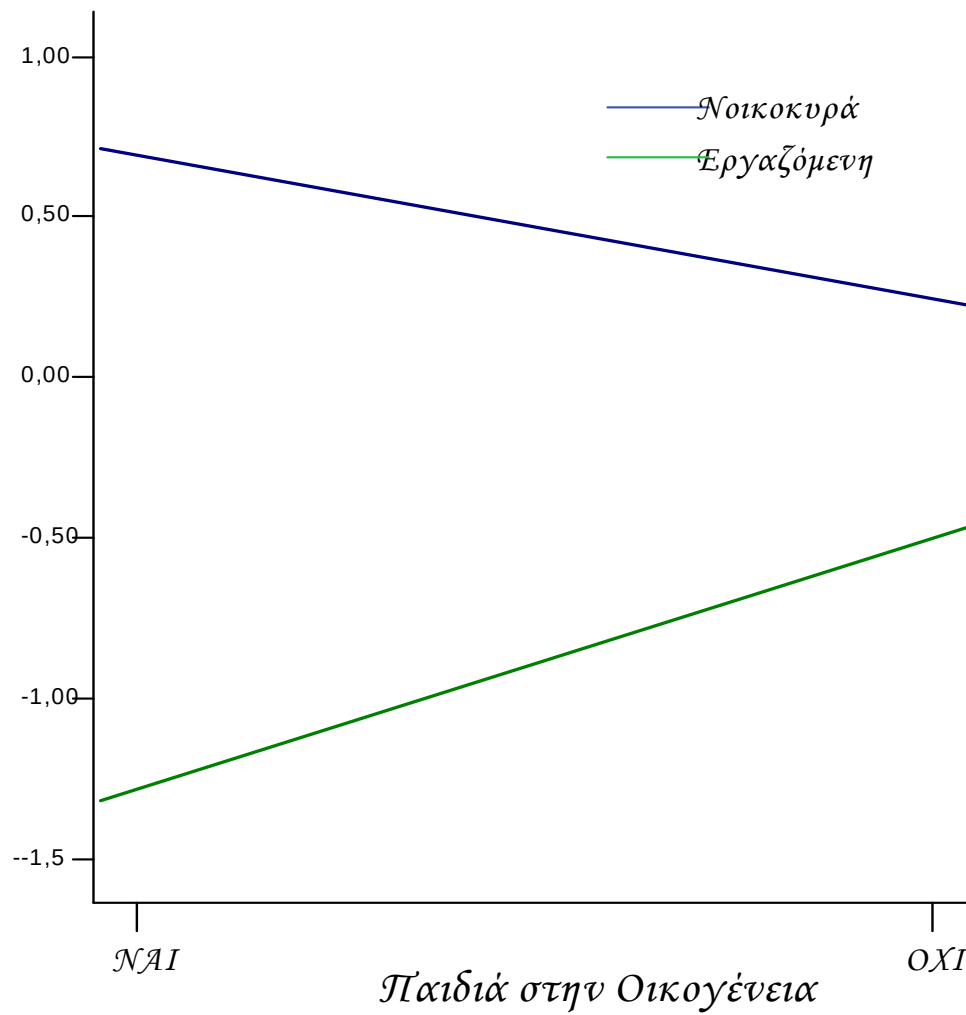
Σχεδιάγραμμα 1: Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού με εργασιακή κατάσταση και εγκυμοσύνη στο παρελθόν

Αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία.



Σχεδιάγραμμα 2: Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία με εργασιακή κατάσταση και παιδιά στην οικογένεια

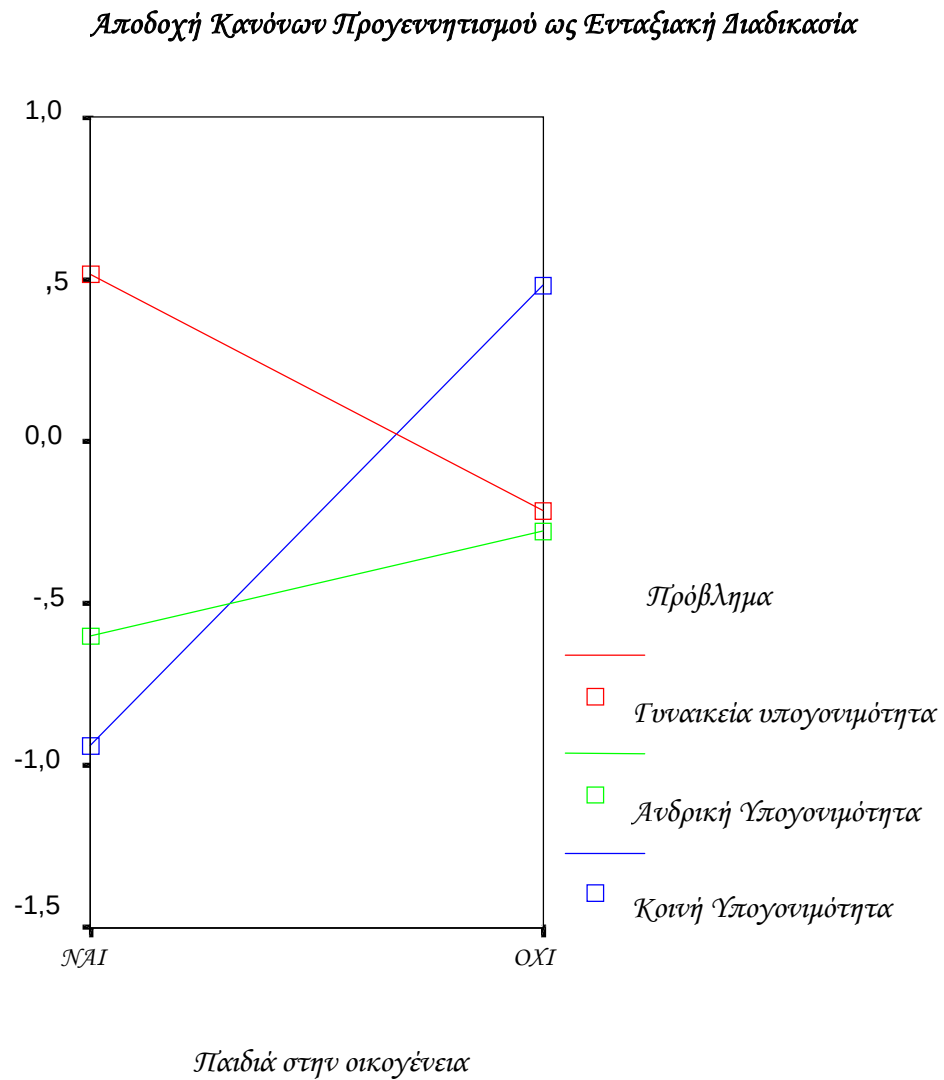
Αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία.



Παρατηρούμε ότι οι νοικοκυρές παρουσιάζουν περισσότερο θετικές τιμές στο δεύτερο παράγοντα του προγεννητισμού. Πιο ειδικά, οι νοικοκυρές παρουσιάζουν περισσότερο θετικές τιμές όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν (πρωτοπαθή υπογονιμότητα) από ότι όταν υπήρξε εγκυμοσύνη στο παρελθόν (δευτεροπαθή υπογονιμότητα). Το αντίθετο διαπιστώνεται για τις εργαζόμενες. Πιο συγκεκριμένα, όταν υπάρχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν οι εργαζόμενες παρουσιάζουν πιο θετικές τιμές στο δεύτερο παράγοντα του προγεννητισμού από όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν. Παρατηρούμε ότι η θετική προσέγγιση του παράγοντα γίνεται από τις νοικοκυρές από τη δευτεροπαθή προς τη πρωτοπαθή υπογονιμότητα. Το αντίθετο ισχύει για τις εργαζόμενες για τις οποίες η θετική προσέγγιση γίνεται από τη πρωτοπαθή στη δευτεροπαθή υπογονιμότητα.

Επιπρόσθετα, όταν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια οι νοικοκυρές παρουσιάζουν πολύ πιο θετικές τιμές στο δεύτερο παράγοντα του προγεννητισμού σε σχέση με τις εργαζόμενες. Όταν δεν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια, οι τιμές των δύο ομάδων των γυναικών συγκλίνουν.

Σχεδιάγραμμα 3: Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία με πρόβλημα και παιδιά στην οικογένεια



Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι όταν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια τότε οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα παρουσιάζουν περισσότερο θετικές τιμές σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή ή την ανδρική υπογονιμότητα.. Όταν δεν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια, η αποδοχή μειώνεται για την ομάδα γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα και οι τιμές της οποίας συγκλίνουν με αυτές της ομάδας γυναικών που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα ενώ οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα παρουσιάζουν θετικές τιμές.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο δεύτερος παράγοντας του προγεννητισμού είναι πιο αποδεκτός από τις νοικοκυρές σε σχέση με τις εργαζόμενες, για τις νοικοκυρές με πρωτοπαθή υπογονιμότητα και με παιδιά στην οικογένεια (μεταξύ των νοικοκυρών), για τις εργαζόμενες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα και χωρίς παιδιά στην οικογένεια (μεταξύ των εργαζομένων), για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα με παιδιά στην οικογένεια και για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα χωρίς παιδιά στην οικογένεια. Με άλλα λόγια, οι παραπάνω ομάδες αποδέχονται περισσότερο τον κανονιστικό χαρακτήρα της οικογένειας και της απόκτησης παιδιών στα πλαίσιά της.

Σκόπιμο είναι στο σημείο αυτό να παρατεθούν οι παρακάτω πίνακες οι οποίοι αναφέρονται στις διασταυρώσεις εργασιακής κατάστασης-παιδιά στην οικογένεια και πρωτοπαθής/δευτεροπαθής υπογονιμότητα - παιδιά στην οικογένεια. Όσο αφορά την πρώτη διασταύρωση, παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών εργαζόμενων σε σχέση με αυτό των νοικοκυρών δεν έχει παιδιά στην οικογένεια και αντίστροφα μεγαλύτερο ποσοστό νοικοκυρών έχει παιδιά στην οικογένεια.

Πίνακας 72: Αποτελέσματα συσχέτισης των μεταβλητών εργασιακή κατάσταση και ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια

			Εργασιακή Κατάσταση		Σύνολο
			Νοικοκυρές	Εργαζόμενες	
Παιδιά στην Οικογένεια	ΝΑΙ		9	12	21
		% γραμμής	42,9%	57,1%	100,0%
		% στήλης	21,4%	9,8%	12,8%
	ΟΧΙ		33	110	143
		% γραμμής	23,1%	76,9%	100,0%
		% στήλης	78,6%	90,2%	87,2%
Σύνολο			42	122	164
		% γραμμής	25,6%	74,4%	100,0%
		% στήλης	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2=3,761, p=0,052$$

Σύμφωνα με τον πίνακα διασταύρωσης του τύπου υπογονιμότητας και ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών με πρωτοπαθή υπογονιμότητα δεν έχει παιδιά στην οικογένεια, ενώ αντίστροφα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με δευτεροπαθή έχει παιδιά στην οικογένεια. Επίσης, το 7,6 % των γυναικών με πρωτοπαθή υπογονιμότητα έχει παιδιά στην οικογένεια. Παρατηρούμε λοιπόν, ότι από τις γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό που δεν έχει παιδιά, ενώ παράλληλα από τις γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα υπάρχει ένα ποσοστό που έχει παιδιά στην οικογένεια, τα οποία προκύπτουν συνήθως από προηγούμενο γάμο συζύγου.

Πίνακας 73: Αποτελέσματα συσχέτισης των μεταβλητών τύπος υπογονιμότητας και ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια

Τύπος Υπογονιμότητας	Παιδιά στην οικογένεια		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Δευτεροπαθής	14	57	71
	19,7%	80,3%	100,0%
Πρωτοπαθής	7	85	92
	7,6%	92,4%	100,0%
Σύνολο	21	142	163
	12,9%	87,1%	100,0%

$$\chi^2=5,236, p=0,020$$

Η σημασία των αποτελεσμάτων του πίνακα 73 έγκειται στο γεγονός ότι η εμπειρία της εγκυμοσύνης διαφοροποιείται από την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια. Η εμπειρία της προηγούμενης εγκυμοσύνης όταν συνδυάζεται με την ύπαρξη του παιδιού δεν προσλαμβάνεται με το ίδιο το τρόπο με την εμπειρία ύπαρξης παιδιού στην οικογένεια. Η απουσία εγκυμοσύνης στο παρελθόν διαφοροποιείται στην περίπτωση που υπάρχει παιδί στην οικογένεια από το σύζυγο από την περίπτωση όπου δεν υπάρχει κανένα παιδί στην οικογένεια.

Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει παιδιά. Συνεπώς, οι υποομάδες γυναικών οι οποίες αναφέρονται στην ύπαρξη παιδιών είναι αριθμητικά μικρές. Το γεγονός αυτό όμως δεν υποβιβάζει τη σημασία που έχει η εμπειρία της υπογονιμότητας σε αυτές τις υποομάδες. Επίσης, διαπιστώνεται η μη ταύτιση της εμπειρίας εγκυμοσύνης στο παρελθόν με την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια, σημείο ιδιαίτερα σημαντικό εφόσον η εμπειρία της εγκυμοσύνης αφορά την ίδια τη γυναίκα ενώ η ύπαρξη παιδιού στην οικογένεια

μπορεί να υφίσταται από προηγούμενο γάμο του συζύγου. Τέλος, διαπιστώνεται και η κατηγορία των γυναικών με εμπειρία προηγούμενης εγκυμοσύνης και ύπαρξη παιδιού στην οικογένεια. Σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάζεται ταύτιση εμπειρίας και της εγκυμοσύνης αλλά και του γονεϊκού ρόλου του παιδιού που γέννησε η ίδια η γυναίκα.

Ε.4.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Όσο αφορά τους παράγοντες οι οποίοι προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούν την υπογονιμότητα είναι δύο και οι εξής:

Πίνακας 74: Πρώτος Παράγοντας της Υπογονιμότητας: Δοξασία Δίκαιου Κόσμου	
Πιστεύετε ότι η έλλειψη γονιμότητας έχει ψυχολογική βάση ανεξάρτητα από την αιτία που διαπιστώνεται	0,584
Η θρησκεία υποστηρίζει ότι τα προβλήματα γονιμότητας σε ένα ζευγάρι είναι θέλημα Θεού	0,555
Κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα γονιμότητας είναι σύγχρονο φαινόμενο	0,547
Η γονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου	0,433
Η γυναίκα όταν διαπιστώνει προβλήματα γονιμότητας θα πρέπει να ανατρέχει στο παρελθόν της εξετάζοντας την προσωπική της ζωή	0,418
Για την έλλειψη της υπογονιμότητας ευθύνεται το άτομο ή το ζευγάρι	0,418
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 17,820	
Συνολική Διακύμανση 34,050%	

Ο πρώτος παράγοντας της υπογονιμότητας εστιάζεται κύρια στην εξήγηση της υπογονιμότητας δίνοντας έμφαση στην προσωπική ευθύνη για την υπογονιμότητα αντιπαραβάλλοντας το συσχετισμό της γονιμότητας με τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου. Παράλληλα, δίνεται μια σύγχρονη διάσταση του θέματος της υπογονιμότητας αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζεται η πίστη ότι τα προβλήματα γονιμότητας είναι θέλημα Θεού. Η αναζήτηση των αιτιών ξεκινά από την προσωπική ζωή και το παρελθόν της γυναίκας. Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται ο παράγοντας του δίκαιου κόσμου ή με άλλα λόγια η άποψη ότι «εδώ πληρώνονται όλα».

Το ανθρώπινο ον επεξεργάζεται τα δεδομένα και τις περιστάσεις που είναι εμπειρικά ανιχνεύσιμες μέσω μιας άρρητης «μεροληψίας»: οι άνθρωποι παθαίνουν αυτό που αξίζουν να πάθουν». Αυτή τη μεροληψία, αυτό το «φίλτρο» ο Lerner το αποκαλεί «πίστη» (η πίστη στη δικαιοσύνη του κόσμου). Ο Θεός δεν είναι εμπειρικά ανιχνεύσιμος, εν τούτοις, η αναπαράστασή του εμπεριέχει την ιδέα ότι παρεμβαίνει με αιτιακό τρόπο σε εκείνο που είναι εμπειρικά ανιχνεύσιμο, στην ίδια του την ύπαρξη, είτε με τρόπο καθημερινό και τακτικό, είτε με τρόπο έκτακτο και κατ'εξαίρεσιν (Σ. Παπαστάμου, 2003).

Η δοξασία αυτή συμβαδίζει και μάλλον προϋποθέτει την ιδέα της ευθύνης των πράξεών μας. Κατά συνέπεια, η πλήρη ευθύνη και ο έλεγχος των πράξεών μας (εσωτερική έδραση ελέγχου) σημαίνει ότι ελέγχουμε ότι μας συμβαίνει. Αποτελεί δε, μια κυρίαρχη νόρμα και αντίστοιχη σε κυρίαρχη αξία (Σ. Παπαστάμου και Γ. Προδρομίτης, 2003).

Ο δίκαιος κόσμος της υπογονιμότητας, υποστηρίζει ότι η υπογονιμότητα είναι αποτέλεσμα κάποιων πράξεων του παρελθόντος, και από μια άποψη αποτελεί ποινή για την επιβολή της οποίας επεμβαίνει ο Θεός, ή καλύτερα η αναπαράστασή του.

Ο παράγοντας αυτός της υπογονιμότητας διαπιστώνουμε ότι συσχετίζεται με το θρησκευτικό συναίσθημα, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει το συλλογισμό μας.

Πίνακας 75: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του πρώτου παράγοντα της υπογονιμότητας με το θρησκευτικό αίσθημα

Θρησκευτικό αίσθημα	Μέσοι όροι	N	Τυπική Απόκλιση
Θρησκευόμενες/πιστές	,144	120	,962
Ουδέτερες	-,612	31	,902
Total	-,011	151	,996

$$F(1,130)=10,227, p=0,002$$

Από τον παραπάνω πίνακα (75) παρατηρούμε ότι οι γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν ουδετερότητα στο θρησκευτικό συναίσθημα σημειώνουν πιο αρνητικές τιμές στον πρώτο παράγοντα της υπογονιμότητας σε σχέση με την ύπαρξη θρησκευτικού συναισθήματος. Με άλλα λόγια, όσο θρησκευόμενη είναι η γυναίκα τόσο υποστηρίζει τη δοξασία του δίκαιου κόσμου στο θέμα της υπογονιμότητας. Η συγκεκριμένη μορφή, λοιπόν, εξήγησης της υπογονιμότητας συσχετίζεται με το θρησκευτικό συναίσθημα, όπως οι ίδιες το προσλαμβάνουν.

Πίνακας 76: Δεύτερος Παράγοντας της Υπογονιμότητας-Γυναικεία Σεξουαλικότητα

Η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλονται σε αυτόν	0,675
Η έλλειψη γονιμότητας οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γυναίκα	0,565
Για την έλλειψη της υπογονιμότητας ευθύνεται το άτομο ή το ζευγάρι	-0,564
Η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά είτε τα προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται στην ίδια είτε στο σύντροφό της	0,461
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 16,230	
Συνολική Διακύμανση 34,050%	

Ο δεύτερος παράγοντας αφορά το γεγονός της αρνητικής επιρροής της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Η σεξουαλικότητα αποτελεί το σύνολο των ιδιαίτερων γνωρισμάτων της ψυχοσύνθεσης ή της σωματικής διάπλασης ενός ατόμου, τα οποία εξαρτώνται από το φύλο του. Η φυλετική ταυτότητα, η σεξουαλική δραστηριότητα αλλά και η γονιμότητα αποτελούν χωριστά στοιχεία της σεξουαλικής ταυτότητας (Shanner, 1998). Η φυλετική ταυτότητα προσδιορίζει όμως,

μέσω της κοινωνικής μάθησης, τη σεξουαλική συμπεριφορά ενώ η ανατομία και φυσιολογία των γυναικών συνδέεται κυρίως με τη γονιμότητα, γεγονός το οποίο οδηγεί στην αλληλοσύνδεση των τριών αυτών στοιχείων.

Η αποδοχή του παράγοντα αυτού συνδέεται με την αποδοχή του «αποδιοπομπαίου τράγου» στην περίπτωση της υπογονιμότητας ενός ζευγαριού. Ανεξάρτητα με το ποιος έχει το πρόβλημα, η υπογονιμότητα στο ζευγάρι οφείλεται κύρια στη γυναίκα, της οποίας η σεξουαλικότητα επηρεάζεται αρνητικά ενώ η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο στην περίπτωση που το πρόβλημα υπογονιμότητας εντοπίζεται στον άντρα. Οι γυναίκες θεωρούν τον εαυτό τους ότι βρίσκονται στο στόχαστρο της κοινωνίας, γεγονός το οποίο προκύπτει από το σημείο ότι η γυναικεία σεξουαλικότητα είναι συνδεδεμένη με τη γονιμότητα και ως εκ τούτου, η υπογονιμότητα οδηγεί στον αρνητικό αντίκτυπο της γυναικείας σεξουαλικότητας.

Διαπιστώνουμε ότι η μεταβλητή του προβλήματος συσχετίζεται με τον παράγοντα αυτό όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 77: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του δεύτερου παράγοντα της υπογονιμότητας με τη μεταβλητή πρόβλημα

<i>Ποιος έχει το πρόβλημα</i>	<i>Μέσοι Όροι</i>	<i>N</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>
<i>Γυναίκα</i>	<i>,227</i>	<i>55</i>	<i>1,005</i>
<i>Άντρας</i>	<i>,035</i>	<i>53</i>	<i>1,075</i>
<i>Και οι δύο</i>	<i>-,283</i>	<i>50</i>	<i>,886</i>
<i>Total</i>	<i>,001</i>	<i>158</i>	<i>1,010</i>

$$F(2,130)=3,016, p=0,052$$

Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα έχουν περισσότερο θετικές τιμές στον παράγοντα από αυτές που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα των αντρών τους. Τέλος, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα και των δύο παρουσιάζουν τις πιο αρνητικές τιμές. Με άλλα λόγια, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη δική τους υπογονιμότητα, δέχονται ότι η υπογονιμότητα έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γυναικεία σεξουαλικότητα. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα των συζύγων δέχονται

λιγότερο τις αρνητικές επιπτώσεις στη γυναικεία σεξουαλικότητα ενώ οι γυναίκες της κοινής υπογονιμότητας είναι αρνητικές στον παράγοντα αυτό.

Συνεπώς, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν οι ίδιες το πρόβλημα της υπογονιμότητας του ζευγαριού, παρουσιάζουν τις συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα των αντρών τους, δηλαδή οι γυναίκες με το «ευγενές στίγμα», όπως παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία, παρατηρούμε ότι προσλαμβάνουν λιγότερο αρνητικά τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα των γυναικών. Οι γυναίκες της κοινής υπογονιμότητας φαίνεται ότι δεν προσλαμβάνουν αρνητικά τον αντίκτυπο της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα.

Παρατηρείται, ότι, όσο η υπευθυνότητα της υπογονιμότητας ενός ζευγαριού δεν επικεντρώνεται μόνο στη γυναίκα, προσλαμβάνονται λιγότερο αρνητικά οι επιπτώσεις της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα. Η συνυπευθυνότητα φαίνεται ότι απομακρύνει τις γυναίκες από το να επωμιστούν τις αρνητικές συνέπειες στο νευραλγικό σημείο της σεξουαλικής ταυτότητας. Η γνώση όμως, ότι η ευθύνη της υπογονιμότητας του ζευγαριού βρίσκεται στην ίδια τη γυναίκα, οδηγεί στην υπεροχή των αρνητικών επιπτώσεων της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα.

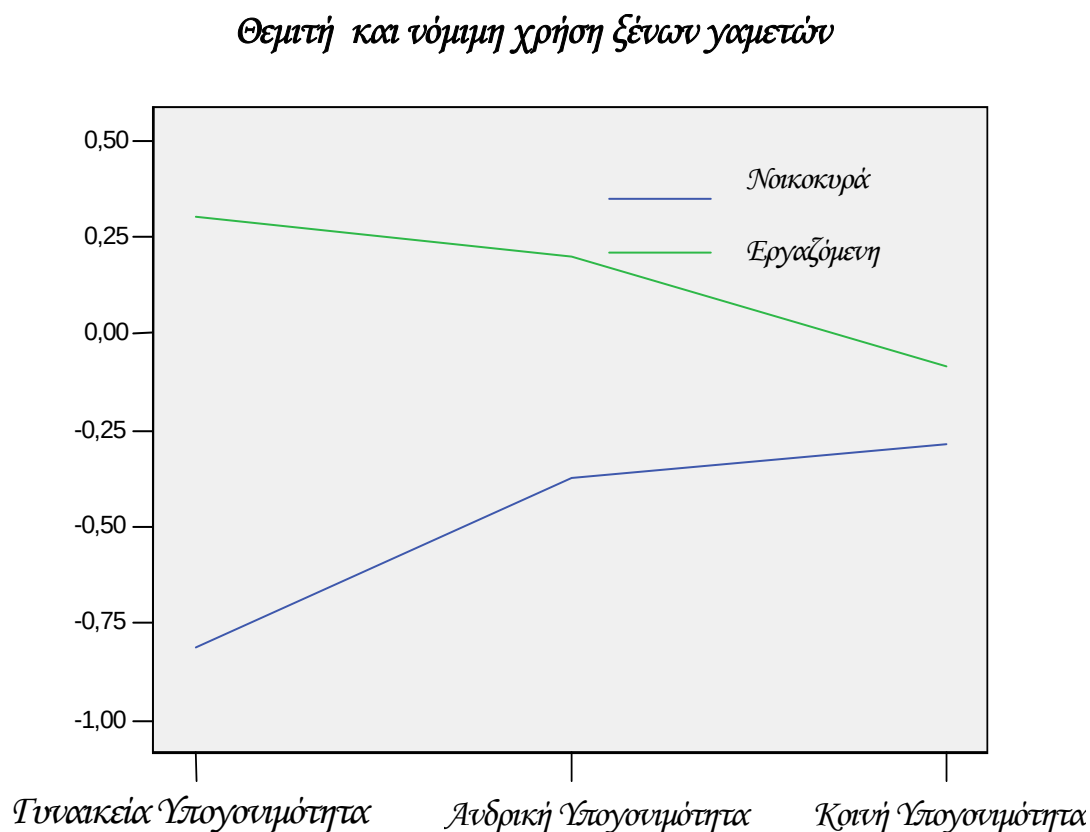
Ε.4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Από την παραγοντική ανάλυση του άξονα των ερωτήσεων για τις νέες τεχνολογίες προκύπτουν δύο παράγοντες:

Πίνακας 78: Πρώτος παράγοντας των νέων τεχνολογιών:	
<u>Θεμιτή και Νόμιμη Χρήση των Ξένων Γαμετών</u>	
Η χρησιμοποίηση σπέρματος από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο	0,957
Η χρησιμοποίηση ωαρίου από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο	0,917
Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη σπέρματος ή ωαρίου ξένου ατόμου;	0,689
Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας	0,272
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 23,910	
Συνολική Διακύμανση 34,873%	

Ο πρώτος παράγοντας των νέων τεχνολογιών εστιάζεται στο θέμα της θεμιτής και νόμιμης χρήσης ξένου ωαρίου ή σπερματοζωαρίου, σημείο κομβικό στην αποδοχή ή όχι των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η λήψη ξένων γαμετών προκαλεί ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα. Σχετικά με τον παράγοντα αυτό η ανάλυση διακύμανσης έδειξε την ύπαρξη αλληλεπίδρασης του είδους του προβλήματος (γυναικεία, ανδρική και κοινή υπογονιμότητα) και της εργασιακής κατάστασης (νοικοκυρές, εργαζόμενες) ($F(2,88)=4,147, p=0,019$). Οι γυναίκες εργαζόμενες αντιμετωπίζουν θετικότερα από τις γυναίκες νοικοκυρές τη θεμιτή και νόμιμη χρήση των γαμετών όταν το πρόβλημα είναι στη γυναίκα. Στις άλλες περιπτώσεις προβλήματος υπογονιμότητας οι δύο επαγγελματικές ομάδες των γυναικών δε διαφέρουν.

Σχεδιάγραμμα 4: Σχέση θεμιτής και νόμιμης χρήσης ξένων γαμετών με πρόβλημα και εργασιακή κατάσταση



Ο δεύτερος παράγοντας των νέων τεχνολογιών σχετίζεται με τη θετική αξιολόγηση των τεχνολογιών (σε ηθικό επίπεδο) αυτών από τη μια πλευρά αλλά και την αποδοχή της κοινωνίας για την προσφυγή σε αυτές.

Πίνακας 79: Δεύτερος Παράγοντας των Νέων Τεχνολογιών

Ηθική Αποδοχή των Νέων Τεχνολογιών

Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης

0,638

Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας

0,615

Πιστεύετε ότι το να απευθυνθείτε σε ένα κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι κοινωνικά επιθυμητό;

0,466

Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 10,962

Συνολική Διακύμανση 34,873%

Ο δεύτερος παράγοντας των νέων τεχνολογιών σχετίζεται με τη θετική, σε ηθικό επίπεδο, αξιολόγηση των τεχνολογιών αυτών από τη μια πλευρά αλλά και την αποδοχή της κοινωνίας για την προσφυγή σε αυτές.

Ο παράγοντας αυτός φαίνεται ότι συσχετίζεται με την μεταβλητή του τύπου υπογονιμότητας (δευτεροπαθής-πρωτοπαθής υπογονιμότητα), σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 80: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του δεύτερου παράγοντα των νέων τεχνολογιών με τον τύπο υπογονιμότητας

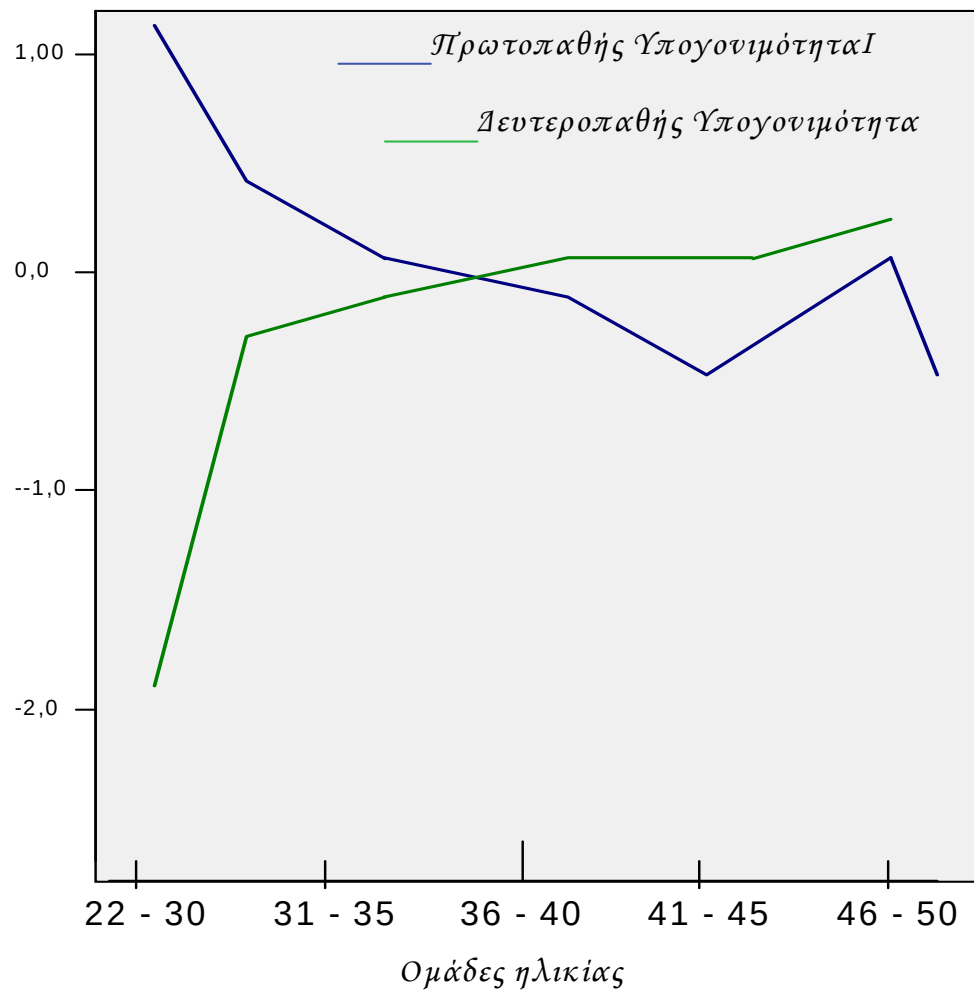
Τύπος Υπογονιμότητας	Μέσοι Όροι	N	Τυπική Απόκλιση
Δευτεροπαθής Υπογονιμότητα	-,085	55	,734
Πρωτοπαθής Υπογονιμότητα	,065	71	,874
Σύνολο	,000	126	,816

$F(1,88)=7,952, p=0,006$

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα παρουσιάζουν πιο αρνητικές τιμές από τις γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης στο παρελθόν φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά την πρόσληψη της ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής αλλά και της κοινωνικής επιθυμητότητας προσφυγής στα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης, τα οποία είναι εξειδικευμένα για τη χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Σχεδιάγραμμα 5: Σχέση ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής με ηλικιακές ομάδες και εγκυμοσύνη στο παρελθόν

Ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής



Επίσης, ο δεύτερος παράγοντας των νέων τεχνολογιών βλέπουμε ότι σχετίζεται με την εγκυμοσύνη στο παρελθόν αλλά και με τις ηλικιακές ομάδες των ερωτώμενων γυναικών ($F(1,88)=8,469, p=0,005$). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες οι οποίες είχαν επιτύχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν παρουσιάζουν πιο θετικές τιμές στον παράγοντα με το πέρασμα των ηλικιών. Αντίθετα, οι γυναίκες οι οποίες δεν είχαν επιτύχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν παρουσιάζουν λιγότερο θετικές τιμές. Στην ηλικία των 20 ετών παρατηρούμε ότι η ύπαρξη εγκυμοσύνης οδηγεί σε μεγαλύτερη διαφοροποίηση της αξιολογητικής διάστασης των νέων τεχνολογιών. Περισσότερο θετικά πρόσκεινται οι γυναίκες οι οποίες δεν είχαν μείνει έγκυες στο παρελθόν.

Συνεπώς, η εμπειρία της εγκυμοσύνης (δευτεροπαθής υπογονιμότητα) δημιουργεί μεγαλύτερη αντίδραση στην ηθική και κοινωνική αποδοχή των νέων τεχνολογιών από ότι η μη εμπειρία (πρωτοπαθής υπογονιμότητα), γεγονός το οποίο εξομαλύνεται, από μια άποψη, με το πέρασμα του χρόνου.

Ε.4.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η παραγοντική ανάλυση των ερωτήσεων που σχετίζονται με τις αναπαραστάσεις της κοινωνίας ανέδειξε δύο παράγοντες:

Ο πρώτος παράγοντας εστιάζεται στην πλέον σύγχρονη και διαδεδομένη μέθοδο αναπαραγωγής, την εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάζοντας μια αρνητική εικόνα της μεθόδου αυτής. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η σπερματέγχυση ήταν η παλαιότερη μέθοδος αναπαραγωγής σε προβλήματα υπογονιμότητας. Η νέα μέθοδος αναπαραγωγής η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη στην Ελλάδα είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση η οποία περιλαμβάνει πολλές κατηγορίες και τεχνικές. Η παρένθετη μητρότητα βρίσκεται ακόμα σε εμβρυακό στάδιο στην Ελλάδα.

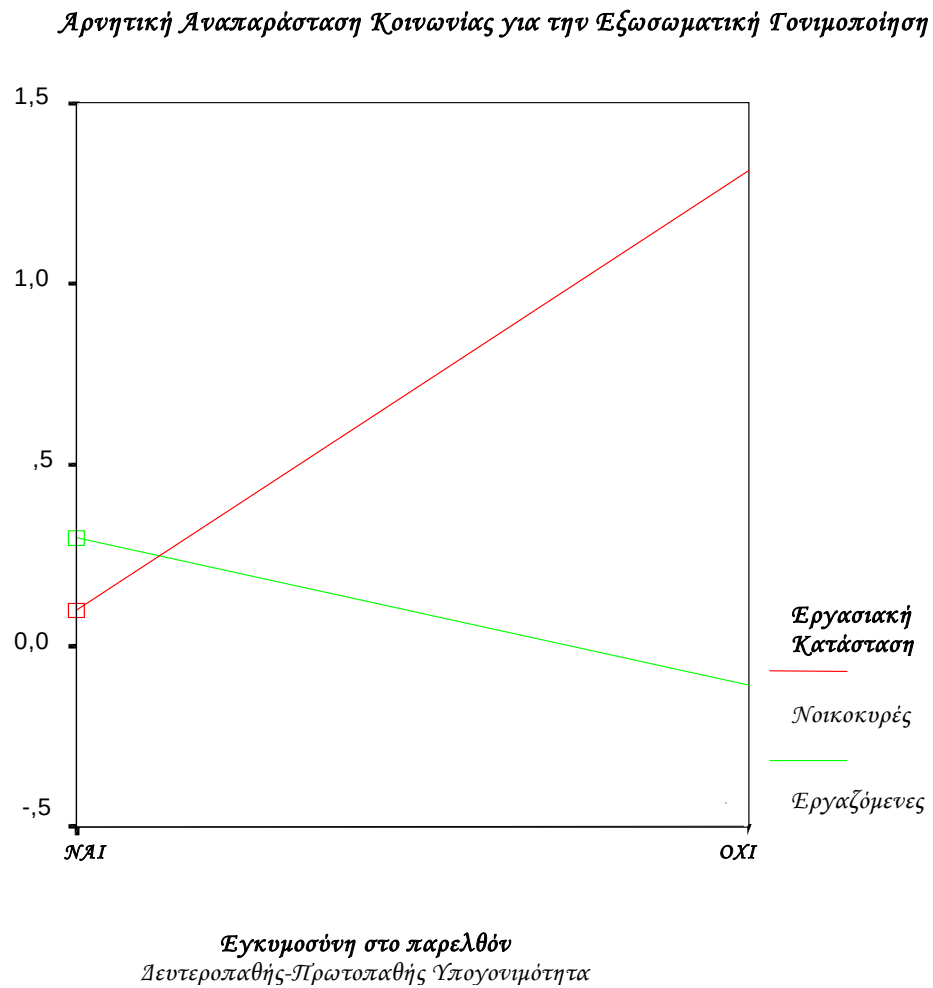
Ο παράγοντας αυτός της αναπαράστασης που έχουν οι γυναίκες για την πρόσληψη της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση φαίνεται ότι εστιάζεται στις πρακτικές της μεθόδους και στον αντίκτυπο που αυτές έχουν σε ηθικό και κοινωνικό επίπεδο. Σχετίζεται με το είδος υπογονιμότητας (δευτεροπαθής-πρωτοπαθής) και την εργασιακή κατάσταση (νοικοκυρές, εργαζόμενες) ($F(1,110)=12,166, p=0,001$).

Πίνακας 81: Πρώτος Παράγοντας των Αναπαραστάσεων της Κοινωνίας: Αρνητική Αναπαράσταση Κοινωνίας για την Εξωσωματική Γονιμοποίηση

Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές	0,826
Η εξωσωματική γονιμοποίηση εναντιώνεται στη φύση	0,685
Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων	0,645
Η εξωσωματική γονιμοποίηση διαχωρίζει το βιολογικό από το κοινωνικό μέρος του γονεϊκού ρόλου	0,639
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 32,155	
Συνολική Διακύμανση 49,333%	

Παρατηρούμε ότι στα πλαίσια δευτεροπαθούς υπογονιμότητας, οι εργαζόμενες παρουσιάζουν ελάχιστα πιο θετικές τιμές από τις νοικοκυρές. Στα πλαίσια της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, οι νοικοκυρές παρουσιάζουν περισσότερο θετικές τιμές από ότι οι εργαζόμενες. Συνεπώς, υπάρχει μια αρνητική τοποθέτηση των νοικοκυρών όσο αφορά την πρόσληψη της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής (εξωσωματική γονιμοποίηση) ή με άλλα λόγια προσλαμβάνουν περισσότερο την αρνητική στάση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Σχεδιάγραμμα 5: Σχέση αρνητικής αναπαράστασης κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση με τύπο υπογονιμότητας και εργασιακή κατάσταση



Πίνακας 82: Δεύτερος Παράγοντας των Αναπαραστάσεων της Κοινωνίας: Μη Ιατρική Πρόσληψη της Υπογονιμότητας

Η μη γονιμότητα δεν είναι ασθένεια και συνεπώς δεν χρειάζεται ιατρική βοήθεια	0,777
Υπάρχουν πολλά παιδιά που περιμένουν να υιοθετηθούν και συνεπώς δεν θα πρέπει να επιμένει κάποιος τόσο πολύ να κάνει παιδί	0,751
Τα προβλήματα γονιμότητας οφείλονται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πολύ αγχωμένες	0,501
Ερμηνεία (%) της συνολικής διακύμανσης του δείγματος 17,177	
Συνολική Διακύμανση 49, 333%	
Eigenvalues 1,202	

Ο δεύτερος παράγοντας εστιάζεται στην πρόσληψη της κοινωνικής αντίληψης για την υπογονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, ότι η υπογονιμότητα δεν είναι ασθένεια, ότι η αιτία της υπογονιμότητας είναι το άγχος των γυναικών ενώ υπάρχει και η λύση της υιοθεσίας. Πρόκειται για τη μη ιατρική προσέγγιση της υπογονιμότητας.

Και οι δύο παράγοντες αφορούν την αναπαράσταση που έχουν οι γυναίκες για την πρόσληψη της κοινωνίας στα δύο σημαντικά ζητήματα. Το πρώτο αφορά τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης και το δεύτερο αφορά τη φύση της υπογονιμότητας. Η αναπαράσταση της αρνητικής πρόσληψης της εξωσωματικής γονιμοποίησης όπως και αυτή της μη-ιατρικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας παρουσιάζει ως συνέπεια το γεγονός ότι η συμπεριφορά των γυναικών οι οποίες εντάσσονται σε κάποιο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης έρχεται σε αντίθεση με τα κοινωνικά πιστεύω. Το σημείο της αναπαράστασης της κοινωνικής πρόσληψης για την υπογονιμότητα και τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ιδιαίτερα σημαντικό εφόσον οι γυναίκες με τον τρόπο αυτό προσδιορίζουν τη θέση τους στην κοινωνία.

Τα παραπάνω δεν ανταποκρίνονται στην αντικειμενική πραγματικότητα αλλά στην υποκειμενική πραγματικότητα των γυναικών οι οποίες προσπαθούν με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης να επιτύχουν το πολυπόθητο κοινωνικό αγαθό της γονιμότητας, το παιδί. Οι αναπαραστάσεις όμως των γυναικών για τις θέσεις της κοινωνίας, τις κατηγοριοποιούν εντός ή εκτός των ορίων της κοινωνικής ανοχής, θα έλεγε κανείς, σχετικά με τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ε.4.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο πρόκειται να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα συσχετίσεων μεταβλητών οι οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές στην παραγοντική ανάλυση και των ανοιχτών ερωτήσεων (γονιμότητα, υπογονιμότητα και χαρακτηριστικά γυναικών –ομάδα υπαγωγής-).

Όσο αφορά το δεύτερο παράγοντα του προγεννητισμού, στους παρακάτω πίνακες θα δούμε τη συσχέτιση των μεταβλητών του παράγοντα αυτού με απαντήσεις στις ερωτήσεις για τη γονιμότητα, την υπογονιμότητα και το προφίλ των γυναικών. Ο τρόπος πρόσληψης αυτών των τελευταίων θα δώσει μια καλύτερη εξήγηση του παράγοντα.

Πίνακας 83: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Εργασιακή Κατάσταση και Παιδιά στην Οικογένεια

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ								
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ				ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Δημιουργία	1	8,3	1	25	1	3,3	8	5
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0	0	0	0	4	2,5
Κύηση-Γέννηση	0	0	0	0	4	13,3	18	11,2
Φύση-γη	0	0	1	25	1	3,3	9	5,6
Οικογένεια	0	0	0	0	7	23,3	19	11,8
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	1	25	4	13,3	16	9,9
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	1	8,3	0	0	5	16,7	26	16,1
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	0	0	2	6,7	3	1,9
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	7	58,3	0	0	3	10	16	9,9
Ενημέρωση	1	8,3	0	0	0	0	7	0
Υγεία	0	0	1	25	1	3,3	32	4,3
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	1	8,3	0	0	2	6,7	2	19,9
Ηλικία	0	0	0	0	0	0	1	1,2
Αρνητικοί παράγοντες	1	8,3	0	0	0	0	1	0,6
Σύνολο	12		4		30		161	

Για τις νοικοκυρές με παιδιά, η γονιμότητα επικεντρώνεται περισσότερο με στις ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας δηλαδή με τον έρωτα, αγάπη, φροντίδα, τρυφερότητα, κλπ.

Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά, και πιο συγκεκριμένα για τις νοικοκυρές, η γονιμότητα επικεντρώνεται στην οικογένεια, την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την κύηση-γέννηση και τον ψυχολογικό παράγοντα. Για τις εργαζόμενες η γονιμότητα επικεντρώνεται στα βιολογικά στοιχεία της γονιμότητας,

την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την κύηση-γέννηση και την οικογένεια. Παρατηρούμε ότι για τις νοικοκυρές, η γονιμότητα επικεντρώνεται στην οικογένεια και τον ψυχολογικό παράγοντα και τη γυναικεία ταυτότητα. Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενες γυναίκες επικεντρώνουν τη γονιμότητα στα βιολογικά στοιχεία προβάλλοντας περισσότερο τη βιολογική διάσταση αυτής (Πίνακας 83).

Πίνακας 84: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Εργασιακή Κατάσταση και Παιδιά στην Οικογένεια

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ								
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ				ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης
Έλλειψη ολοκλήρωσης	2	20	0	0	0	0	4	4
Ψυχολογικός Παράγοντας	5	50	4	44,4	5	20,8	35	35
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	0	0	0	0	3	3
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	0	0	0	7	7
Εναλλακτικές	0	0	0	0	0	0	3	3
Ιατρικά Αίτια	0	0	3	33,3	5	20,8	9	9
Στείρωση	0	0	2	22,2	4	16,7	14	14
υπογονιμότητα	1	10	0	0	2	8,3	8	8
Υπογεννητικότητα	1	10	0	0	1	4,2	0	0
Άτεκνος, άγονος,...	0	0	0	0	4	16,7	5	5
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	0	0	2	8,3	3	3
Γενικοί Παράγοντες	1	10	0	0	0	0	2	2
Κοινωνική πλευρά	0	0	0	0	0	0	4	4
Προσωπικές Επιλογές	0	0	0	0	1	4,2	3	3
Σύνολο	10		9		24		100	

Η υπογονιμότητα για τις νοικοκυρές με παιδιά επικεντρώνεται στην έλλειψη ολοκλήρωσης ενώ για τις εργαζόμενες στα ιατρικά αίτια και τη στειρότητα, εκτός του ψυχολογικού παράγοντα κοινό και για τις δύο κατηγορίες. Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά, οι νοικοκυρές σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες επικεντρώνουν τη γονιμότητα στα ιατρικά αίτια ενώ φαίνεται να δίνουν έμφαση στο κοινωνικό χαρακτηρισμό (άτεκνος, άγονος, κλπ). Οι εργαζόμενες σε μεγαλύτερο βαθμό φαίνεται να επικεντρώνουν στον ψυχολογικό παράγοντα, την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας (γενική και εναλλακτικές). (Πίνακας 84)

Πίνακας 85: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναικών ανά Εργασιακή Κατάσταση και Παιδιά στην Οικογένεια

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ-ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ								
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ				ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Θύματα Καταπίεσης	0	0	1	5,6	1	1,7	6	2,4
Ενεργητικά Δυναμικές	11	45,8	8	44,4	15	25	95	38,2
Θηλυκές	3	12,5	0	0	5	8,3	12	4,8
Αρνητικές	1	4,2	2	11,1	6	10	24	9,6
Ωριμες	1	4,2	1	5,6	1	1,7	22	8,8
Συναισθηματικές	5	20,8	5	27,8	14	23,3	64	25,7
Ρόλος στην οικογένεια	2	8,3	0	0	4	6,7	1	0,4
Ρόλος της μητέρας	1	4,2	1	5,6	7	11,7	10	4
Ρόλος συζύγου	0	0	0	0	4	6,7	4	1,6
Ιερότερο πλάσμα	0	0	0	0	1	1,7	1	0,4
Παρέα	0	0	0	0	0	0	2	0,8
Επαγγελματίες	0	0	0	0	1	1,7	3	1,2
Επιστήμονες	0	0	0	0	1	1,7	1	0,4
Άνθρωπος	0	0	0	0	0	0	4	1,6
Σύνολο	24		18		60		249	

Για την ομάδα των γυναικών με παιδιά, οι νοικοκυρές περισσότερο προσλαμβάνουν την ομάδα υπαγωγής τους με τα χαρακτηριστικά της θηλυκότητας και του ρόλου μέσα στην οικογένεια. Οι εργαζόμενες παρουσιάζουν περισσότερο τα αρνητικά και τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά. Η δυναμικότητα και για τις δύο κατηγορίες εμφανίζεται στο ίδιο περίπου ποσοστό.

Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά, οι νοικοκυρές παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες τα θηλυκά χαρακτηριστικά και τον κοινωνικό ρόλο ως μητέρα, σύζυγο και στην οικογένεια. Οι εργαζόμενες παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό δυναμικές και ώριμες (Πίνακας 85).

Πίνακας 86: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Εργασιακή Κατάσταση και Είδος Υπογονιμότητας

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ								
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ				ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Δημιουργία	1	5	4	5,3	1	4,5	5	5,6
Θεϊκή Διάσταση	0	0	4	5,3		0	0	0
Κύηση-Γέννηση	2	10	9	12	2	9,1	9	10
Φύση-γη	1	5	4	5,3	0	0	6	6,7
Οικογένεια	4	20	6	8	3	13,6	13	14,4
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	6	8	4	18,2	11	12,2
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	0	0	14	18,7	6	27,3	12	13,3
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	1	1,3	2	9,1	2	2,2
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	8	40	10	13,3	2	9,1	6	6,7
Ενημέρωση	1	5	0	0	0	0	0	0
Υγεία	1	5	3	4	0	0	5	5,6
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	2	10	13	17,3	1	4,5	19	21,1
Ηλικία	0	0	1	1,3	0	0	1	1,1
Αρνητικοί παράγοντες					1	4,5	1	1,1
Σύνολο	20		75		22		90	

Για την ομάδα των γυναικών με δευτεροπαθή υπογονιμότητα, οι νοικοκυρές αναπαριστούν τη γονιμότητα με όρους των ψυχολογικών προϋποθέσεων και της οικογένειας, ενώ οι εργαζόμενες με όρους ολοκλήρωσης του γονεϊκού ρόλου, των βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών, σε μικρότερο ποσοστό από τις νοικοκυρές των ψυχολογικών προϋποθέσεων αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό του ψυχολογικού παράγοντα.

Για την ομάδα των γυναικών με πρωτοπαθή υπογονιμότητα, οι νοικοκυρές αναπαριστούν τη γονιμότητα με όρους ολοκλήρωσης γονεϊκού ρόλου και ψυχολογικού παράγοντα (όφελος), της οικογένειας, της γυναικείας ταυτότητας και των ψυχολογικών προϋποθέσεων ενώ οι εργαζόμενες τη προσλαμβάνουν με όρους των βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών, οικογένειας και σε μικρότερο ποσοστό του ψυχολογικού παράγοντα και της ολοκλήρωσης μέσω του γονεϊκού ρόλου (Πίνακας 86).

Πίνακας 87: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Εργασιακή

Κατάσταση και Είδος Υπογονιμότητας

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ							
	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ				ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	0	0	2	4	2	9,5	2	3,4
Ψυχολογικός Παράγοντας	3	23,1	22	44	7	33,3	17	28,8
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	3	6	0	0	0	0
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	0	0	0	7	11,9
Εναλλακτικές	0	0	2	4	0	0	1	1,7
Ιατρικά Αίτια	2	15,4	9	18	3	14,3	3	5,1
Στείριότητα	2	15,4	6	12	2	9,5	10	16,9
υπογονιμότητα	1	7,7	4	8	2	9,5	4	6,8
Υπογεννητικότητα	2	15,4	0	0	2	9,5	0	0
Ατεκνος, άγονος,...	2	15,4	0	0	2	9,5	5	8,5
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	1	2	0	0,5	2	3,4
Γενικοί Παράγοντες	1	7,7	0	0	0	0	2	3,4
Κοινωνική πλευρά	0	0	1	2	0	0	3	5,1
Προσωπικές Επιλογές					1	4,8	3	5,1
Σύνολο	13		50		21		59	

Οι νοικοκυρές της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας, αναπαριστούν την υπογονιμότητα με όρους στειρότητας, υπογεννητικότητας και ατεκνίας ενώ οι εργαζόμενες σε μεγαλύτερο ποσοστό με τον ψυχολογικό παράγοντα (κόστος), ιατρικών αιτιών, με όρους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

Στην ομάδα της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, οι νοικοκυρές σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες φαίνεται ότι αναπαριστούν την υπογονιμότητα με τον ψυχολογικό παράγοντα (κόστος), με τα ιατρικά αίτια καθώς και την έλλειψη ολοκλήρωσης ενώ οι εργαζόμενες με τη στειρότητα, με την ιατρική αντιμετώπιση και με εξωγενείς γενικούς παράγοντες και προσωπικές επιλογές και την κοινωνική αντιμετώπιση. (Πίνακας 87)

Πίνακας 88: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναικών ανά Εργασιακή Κατάσταση και Είδος Υπογονιμότητας

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ -ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ								
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ				ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ			
	Νοικοκυρές		Εργαζόμενες		Νοικοκυρές		Εργαζόμενες	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Θύματα Κραταπείσης	0	0	4	3,5	1	2,1	3	2
Ενεργητικά Δυναμικές	15	40,5	43	37,7	11	23,4	60	39,2
Θηλυκές	3	8,1	4	3,5	5	10,6	8	5,2
Αρνητικές	3	8,1	8	7	4	8,5	18	11,8
Ωριμες	1	2,7	7	6,1	1	2,1	16	10,5
Συναισθηματικές	7	18,9	35	30,7	12	25,5	34	22,2
Ρόλος στην οικογένεια	2	5,4	1	0,9	4	8,5	0	0
Ρόλος της μητέρας	4	10,8	7	6,1	4	8,5	4	2,6
Ρόλος συζύγου	1	2,7	2	1,8	3	6,4	2	1,3
Ιερότερο πλάσμα	0	2,7	1	0,9	0	0	0	0
Παρέα	0	0	1	0,9	0	0	1	0,7
Επαγγελματίες	0	0	0	0	1	2,1	3	2
Επιστήμονες	0	0	0	0	1	2,1	1	0,7
Ανθρωπος	0	0	1	0,9	0	0	3	2
Σύνολο	37		114		47		153	

Για τις νοικοκυρές της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας, το προφίλ των γυναικών σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες επικεντρώνεται στη δυναμικότητα, στη γυναικεία ταυτότητα, στη βάση της οικογένειας, στο ρόλο των γυναικών ως μητέρες, στο ρόλο τους ως σύζυγο ενώ οι εργαζόμενες περισσότερο με όρους συναισθηματισμού αλλά και ωριμότητας.

Για την ομάδα της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, οι νοικοκυρές παρουσιάζονται -σε σχέση με τις εργαζόμενες- πιο συναισθηματικές, λιγότερο δυναμικές, και περισσότερο προβάλλουν τη γυναικεία ταυτότητα και τον κοινωνικό ρόλο τους στην οικογένεια, ως σύζυγος και μητέρα. Οι εργαζόμενες φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερο χαρακτηριστικά δυναμικότητας, αρνητισμού, ωριμότητας. (Πίνακας 87)

Πίνακας 89: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Πρόβλημα και Παιδιά στην Οικογένεια

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ												
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ						ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Δημιουργία	0	0	1	25	1	50	0	0	3	5,3	4	8,5
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0		0	0	0	0	1	1,8	0	0
Κύηση-Γέννηση	0	0	0		0	0	5	7,8	11	19,3	5	10,6
Φύση-γη	0	0	0		1	50	4	6,3	2	3,5	3	6,4
Οικογένεια	0	0	0		0	0	8	12,5	9	15,8	6	12,8
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	1	25	0	0	8	12,5	4	7	8	17
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	1	10	0		0	0	13	20,3	6	10,5	5	10,6
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	0		0	0	1	1,6	1	1,8	3	6,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	7	70	0		0	0	6	9,4	8	14	0	0
Ενημέρωση	1	10	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Υγεία	0	0	1	25	0	0	1	1,6	2	3,5	5	10,6
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	0	0	1	25	0	0	15	23,4	10	17,5	8	17
Ηλικία	0	0	0		0	0	2	3,1	0	0	0	0
Αρνητικοί παράγοντες	1	10	0		0	0	1	1,6	0	0	0	0
Σύνολο	1		4		2		64		57		47	
	0											

Για την ομάδα των γυναικών με παιδιά στην οικογένεια μόνο στη γυναικεία υπογονιμότητα φαίνεται να αναπαριστούν τη γονιμότητα με τις ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας. Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά στην οικογένεια, φαίνεται ότι στη γυναικεία υπογονιμότητα, η γονιμότητα (σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες κατηγορίες) αναπαρίσταται με όρους βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών και ολοκλήρωσης μέσω γονεϊκού ρόλου. Στην ανδρική υπογονιμότητα, η γονιμότητα φαίνεται να επικεντρώνεται στην κύηση-γέννηση, οικογένεια και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις γονιμότητας. Στην κοινή υπογονιμότητα, η γονιμότητα αναπαρίσταται με τον ψυχολογικό παράγοντα (όφελος), την υγεία ως προϋπόθεση γονιμότητας, τη δημιουργία και τη γυναικεία ταυτότητα. (Πίνακας 89)

Πίνακας 90: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Πρόβλημα και Παιδιά στην Οικογένεια

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ											
	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ						ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΤΡΑΣ	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΤΡΑΣ	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΤΡΑΣ	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΤΡΑΣ	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ
% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης	% Στήλης
Έλλειψη ολοκλήρωσης	0	0	0	0	2	50	1	2,7	0	0	2	4,7
Ψυχολογικός Παράγοντας	5	55,6	3	50	1	25	12	32,4	8	23,5	14	32,6
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	0	0	0	0	3	8,1	0	0	0	0
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	0	0	0	1	2,7	2	5,9	4	9,3
Εναλλακτικές	0	0	0	0	0	0	2	5,4	1	2,9	0	0
Ιατρικά Αίτια	2	22,2	1	16,7	0	0	0	0	7	20,6	7	16,3
Στείριότητα	0	0	2	33,3	0	0	7	18,9	5	14,7	6	14
υπογονιμότητα	1	11,1	0	0	0	0	3	8,1	3	8,8	4	9,3
Υπογεννητικότητα	0	0	0	0	1	25	0	0	4	11,8	0	4,7
Ατεκνος, άγονος,...	0	0	0	0	0	0	3	8,1	0	0	2	0
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8,8	2	4,7
Γενικοί Παράγοντες	1	11,1	0	0	0	0	2	5,4	0	0	0	0
Κοινωνική πλευρά	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,9	2	4,7
Προσωπικές Επιλογές	0	0	0	0	0	0	3	8,1	0	0	0	0
Σύνολο	9	6	4	37	34	43						

Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά στην οικογένεια, η υπογονιμότητα φαίνεται να επικεντρώνεται στη γυναικεία υπογονιμότητα στον ψυχολογικό παράγοντα (κόστος), τη στειρότητα, τις προσωπικές επιλογές, την ατεκνία, την υπογεννητικότητα, τους γενικούς εξωγενείς παράγοντες και τη γενική αντιμετώπιση, στην ανδρική υπογονιμότητα –σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες κατηγορίες- στα ιατρικά αίτια, την αναπηρία και τη μειονεξία και τέλος στην κοινή υπογονιμότητα στον ψυχολογικό παράγοντα και την ιατρική αντιμετώπιση.(Πίνακας 90)

Πίνακας 91: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναίκων ανά Πρόβλημα και Παιδιά στην Οικογένεια

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ						ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Θύματα Κραταπίεσης	1	4,8	0	0	0	50	1	1	1	1	2	2,4
Ενεργητικά Δυναμικές	9	42,9	8	57,1	2	28,6	38	39,2	35	35,7	26	30,6
Θηλοκές	2	9,5	1	7,1	0	0	7	7,2	5	5,1	4	4,7
Αρνητικές	2	9,5	0	0	1	14,3	9	9,3	6	6,1	13	15,3
Ωριμες	0	0	1	7,1	1	14,3	3	3,1	10	10,2	7	8,2
Συναισθηματικές	4	19	3	21,4	3	42,9	26	26,8	21	21,4	23	27,1
Ρόλος στην οικογένεια	2	9,5	0	0	0	0	3	3,1	1	1	1	1,2
Ρόλος της μητέρας	1	4,8	1	7,1	0	0	3	3,1	10	10,2	4	4,7
Ρόλος συζύγου	0	0	0	0	0	0	5	5,2	2	2	1	1,2
Ιερότερο πλάσμα	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0
Παρέα	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1,2
Επαγγελματίες	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,1	1	1,2
Επιστήμονες	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1,2
Ανθρωπος	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,2
Σύνολο	21		14		7		97		98		85	

Για την ομάδα με παιδιά στην οικογένεια, στη γυναικεία υπογονιμότητα, οι γυναίκες προσλαμβάνουν τις γυναίκες με όρους γυναικείας ταυτότητας –μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες κατηγορίες-και βάση της οικογένειας. Παρουσιάζουν όμως δυναμικότητα και συναισθηματισμό σε μικρότερο ποσοστό. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα παρουσιάζουν περισσότερη δυναμικότητα και τον κοινωνικό ρόλο της μητέρας ενώ οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά των λιγότερο δυναμικών, των συναισθηματικών, των αρνητικών και των ώριμων γυναικών.

Για την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδιά στην οικογένεια, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα, παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά των ενεργητικά δυναμικών γυναικών, των συναισθηματικών και αυτών της γυναικείας ταυτότητας και του κοινωνικού ρόλου ως συζύγου. Αυτές οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της ωριμότητας, της μητέρας και σε μικρότερο ποσοστό συναισθηματικές ή δυναμικές. Στην κοινή υπογονιμότητα, παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της συναισθηματικότητας και αυτά των αρνητικών γυναικών. (Πίνακας 91)

Πίνακας 92: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Ηλικία και Δευτεροπαθή**Υπογονιμότητα**

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης
Δημιουργία	1	7,7	3	7,1	1	5,9	0	0
Θεϊκή Διάσταση	0	0	4	9,5	0	0	0	0
Κύηση-Γέννηση	1	7,7	5	11,9	3	17,6	2	8,7
Φύση-γη	0	0	1	2,4	1	5,9	3	13
Οικογένεια	0	0	5	11,9	1	5,9	4	17,4
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	4	9,5	2	11,8	0	0
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	1	7,7	9	21,4	3	17,6	1	4,3
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	0	0	0	0	1	4,3
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	8	61,5	4	9,5	2	11,8	4	17,4
Ενημέρωση	1	7,7	0	0	0	0	0	0
Υγεία	1	7,7	1	2,4	1	5,9	1	4,3
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	0	0	6	14,3	3	17,6	6	26,1
Ηλικία	0	0	0	0	0	0	1	4,3
Αρνητικοί παράγοντες	0		0	0	0	0	0	0
Σύνολο	13		42		17		23	

Παρατηρούμε λοιπόν ότι για την ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών, η γονιμότητα επικεντρώνεται περισσότερο στις ψυχολογικές προϋποθέσεις, για την ομάδα 30-35 ετών στην ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και τη θεϊκή διάσταση, για την ομάδα 35-40 ετών την κύηση/γέννηση, τις ψυχολογικές προϋποθέσεις, και για την ομάδα 40-53 ετών τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, την οικογένεια, φύση/γη.(Πίνακας 92)

Πίνακας 93: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Ηλικία και Πρωτοπαθή**Υπογονιμότητα**

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης
Δημιουργία	1	6,3	0	0	3	10	2	14,3
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0	0	0	0	0	0
Κύηση-Γέννηση	3	18,8	5	9,6	3	10	0	0
Φύση-γη	0	0	1	1,9	4	13,3	1	7,1
Οικογένεια	1	6,3	9	17,3	4	13,3	2	14,3
Ψυχολογικός Παράγοντας	4	25	7	13,5	2	6,7	2	14,3
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	3	18,8	10	19,2	5	16,7	0	0
Γυναικεία ταυτότητα	1	6,3	1	1,9	1	3,3	1	7,1
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	2	12,5	5	9,6	1	3,3	0	0
Ενημέρωση	0	0	0	0	0	0	0	0
Υγεία	0	0	3	5,8	2	6,7	0	0
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	1	6,3	10	19,2	4	13,3	5	35,7
Ηλικία	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Αρνητικοί παράγοντες	0	0	1	1,9	0	0	1	7,1
Σύνολο	16		52		30		14	

Παρατηρούμε ότι η γονιμότητα για την ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών επικεντρώνεται στην έννοια του ψυχολογικού παράγοντα (όφελος), της κύησης/γέννησης και των ψυχολογικών προϋποθέσεων, για την ομάδα 30-35 ετών, την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την οικογένεια, για την ομάδα 35-40 ετών την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, τη φύση/γη, την υγεία και την ηλικία και για την ομάδα 40-53 ετών τα βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες, τη δημιουργία και τη γυναικεία ταυτότητα. (Πίνακας 93)

Πίνακας 94: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Ηλικία και Δευτεροπαθή Υπογονιμότητα

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ – ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	0	0	2	7,7	0	0	0	0
Ψυχολογικός Παράγοντας	4	66,7	12	46,2	6	35,3	3	21,4
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	0	0	0	0	3	21,4
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	0	0	0	0	0
Εναλλακτικές	0	0	0	0	0	0	2	14,3
Ιατρικά Αίτια	1	16,7	4	15,4	6	35,3	0	0
Στείρωση	1	16,7	3	11,5	2	11,8	2	14,3
υπογονιμότητα	0	0	3	11,5	2	11,8	0	0
Υπογεννητικότητα	0	0	0	3,8	0	0	2	14,3
Ατεκνος, άγονος...	0	0	0	0	0	0	2	14,3
Ανάπηρος, μειονεξία...	0	0	1	3,8	0	0	0	0
Γενικοί Παράγοντες	0	0	0	0	1	5,9	0	0
Χρονική πλευρά	0	0	1	2	0	0	0	0
Προσωπικές Επιλογές			0	0	0	0	0	0
Σύνολο	6		26		17		14	

Παρατηρούμε ότι η υπογονιμότητα για τη δευτεροπαθή συνθήκη, λαμβάνει την σημασία για την ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών του ψυχολογικού παράγοντα, των ιατρικών αιτιών και της στειρότητας, για την ηλικιακή ομάδα 30-35 ετών του ψυχολογικού παράγοντα, των ιατρικών αιτιών, της στειρότητας και της υπογονιμότητας, για την ηλικιακή ομάδα 35-40 ετών του ψυχολογικού παράγοντα, των ιατρικών αιτιών, της στειρότητας και της υπογονιμότητας και για την ηλικιακή ομάδα 40-53 ετών τον ψυχολογικό παράγοντα, την αντιμετώπιση γενικά, τις εναλλακτικές, τη στειρότητα, την υπογεννητικότητα, την ατεκνία. (Πίνακας 94)

Πίνακας 95: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Ηλικία και Πρωτοπαθή Υπογονιμότητα

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	2	33,3	1	2,7	1	3,6	0	0
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	17	45,9	7	25	0	0
Αντιμετώπιση-Γενικά	0	0	0	0	0	0	0	0
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	3	8,1	4	14,3	0	0
Εναλλακτικές	0	0	1	2,7	0	0	0	0
Ιατρικά Αίτια	3	50	0	0	3	10,7	0	0
Στείρωση	1	16,7	5	13,5	3	10,7	2	28,6
υπογονιμότητα	0	0	2	5,4	2	7,1	2	28,6
Υπογεννητικότητα	0	0	2	5,4	0	0	0	0
Άτεκνος, άγονος,...	0	0	2	5,4	3	10,7	1	14,3
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	2	5,4	2	7,1	0	0
Γενικοί Παράγοντες	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοινωνική πλευρά	0	0	0	0	3	10,7	0	0
Προσωπικές Επιλογές		0	2	5,4	0	0	2	28,6
Σύνολο	6		37		28		7	

Στην πρωτοπαθή υπογονιμότητα, για την ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών, η υπογονιμότητα επικεντρώνεται στα ιατρικά αίτια και την έλλειψη ολοκλήρωσης, για την ηλικιακή ομάδα 30-35 ετών στον ψυχολογικό παράγοντα (κόστος) και στειρότητα, για την ηλικιακή ομάδα 35-40 ετών στον ψυχολογικό παράγοντα (κόστος), την ιατρική αντιμετώπιση, τα ιατρικά αίτια, τη στειρότητα, ατεκνία και την κοινωνική πλευρά ενώ για την ομάδα 40-53 ετών τη στειρότητα, την υπογονιμότητα, τις προσωπικές επιλογές και την ατεκνία. (Πίνακας 95)

Πίνακας 96: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναίκων ανά Ηλικία και Δευτεροπαθή Υπογονιμότητα

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ-ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης
Θύματα Καταπίεσης	0	0	1	1,8	0	0	3	12
Ενεργητικά Δυναμικές	12	54,5	19	33,3	19	40,4	8	32
Θηλυκές	0	0	4	7	2	4,3	1	4
Αρνητικές	2	9,1	5	8,8	4	8,5	0	0
Ωριμες	2	9,1	3	5,3	2	4,3	1	4
Συναισθηματικές	3	13,6	21	36,8	9	19,1	9	36
Ρόλος στην οικογένεια	1	4,5	0	0	2	4,3	0	0
Ρόλος της μητέρας	1	4,5	4	7	5	10,6	1	4
Ρόλος συζύγου	0	0	0	0	2	4,3	1	4
Ιερότερο πλάσμα	1	4,5	0	0	1	2,1	0	0
Παρέα	0	0	0	0	1	2,1	0	0
Επαγγελματίες	0	0	0	0	0	0	0	0
Επιστήμονες	0	0	0	0	0	0	0	0
Άνθρωπος	0	0	0	0	0	0	1	4
Σύνολο	22		57		47		25	

Στη δευτεροπαθή υπογονιμότητα, η ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών προβάλλουν περισσότερο τις γυναίκες της ομάδας υπαγωγής τους ως ενεργητικά δυναμικές, και ώριμες, η ομάδα 30-35 ετών θηλυκές και συναισθηματικές, η ομάδα 35-40 ετών ως δυναμικές, συναισθηματικές και με κοινωνικό ρόλο μητέρας και συζύγου ενώ η ομάδα 40-53 ετών συναισθηματικές, με κοινωνικό ρόλο συζύγου και θύματα καταπίεσης.(Πίνακας 96)

Πίνακας 97: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναίκων ανά Ηλικία και Πρωτοπαθή Υπογονιμότητα

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ-ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	22-30		30-35		35-40		40-53	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Θύματα Καταπίεσης	1	3,6	0	0	3	4,1	0	0
Ενεργητικά Δυναμικές	11	39,3	30	39	19	25,7	9	56,3
Θηλυκές	2	7,1	8	10,4	3	4,1	0	0
Αρνητικές	4	14,3	7	9,1	7	9,5	4	25
Ωριμες	0	0	10	13	7	9,5	0	0
Συναισθηματικές	9	32,1	14	18,2	18	24,3	3	18,8
Ρόλος στην οικογένεια	0	0	1	1,3	3	4,1	0	0
Ρόλος της μητέρας	1	3,6	3	3,9	3	4,1	0	0
Ρόλος συζύγου	0	0	1	1,3	4	5,4	0	0
Ιερότερο πλάσμα	0	0	0	0	0	0	0	0
Πάρεα	0	0	0	0	1	1,4	0	0
Επαγγελματίες	0	0	2	2,6	2	2,7	0	0
Επιπλήμονες	0	0	1	1,3	1	1,4	0	0
Αυθραπος	0	0	0	0	3	4,1	0	0
Σύνολο	28		77		74		16	

Στην πρωτοπαθή υπογονιμότητα, οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας 22-30 ετών παρουσιάζουν περισσότερο συναισθηματικές τις γυναίκες της ομάδας υπαγωγής τους, της ομάδας 30-35 ετών ώριμες και θηλυκές, της ομάδας 35-40 ετών με τον κοινωνικό ρόλο στην οικογένεια, ως μητέρα και σύζυγος και της ομάδας 40-53 ετών δυναμικές και αρνητικές. (Πίνακας 97)

Πίνακας 98: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Τονιμότητας ανά Πρόβλημα και Εργασιακή Κατάσταση

ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ						ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Δημιουργία	0	0	1	6,3	1	20	0	0	3	6,7	6	10,3
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,2	3	5,2
Κύηση-Γέννηση	0	0	2	12,5	1	20	5	8,2	9	20	4	6,9
Φύση-γη	1	7,7	0	0	0	0	3	4,9	2	4,4	5	8,6
Οικογένεια	2	15,4	3	18,8	0	0	6	9,8	6	13,3	7	12,1
Ψυχολογικός Παράγοντας	0	0	2	12,5	2	40	8	13,1	3	6,7	6	10,3
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	1	7,7	2	12,5	0	0	13	21,3	4	8,9	9	15,5
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	1	6,3	1	20	1	1,6	0	0	2	3,4
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	7	53,8	2	12,5	0	0	6	9,8	6	13,3	3	5,2
Ενημέρωση	1	7,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Υγεία	0	0	1	6,3	0	0	1	1,6	2	4,4	5	8,6
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	0	0	2	12,5	0	0	15	24,6	9	20	8	13,8
Ηλικία	0	0	0	0	0	0	2	3,3	0	0	0	0
Αρνητικοί παράγοντες	1	7,7	0	0	0	0	1	1,6	0	0	0	0
Σύνολο	13		16		5		61		45		58	

Πίνακας 99: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας ανά Πρόβλημα και Εργασιακή Κατάσταση

ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
ΥΠΟΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ						ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Έλλειψη ολοκλήρωσης	0	0	0	0	2	22,2	1	2,9	0	0	3	7
Ψυχολογικός Παράγοντας	5	45,5	3	30	0	0	12	34,3	8	26,7	19	44,2
Αντιμετώπιση-Τεχνικά	0	0	0	0	0	0	3	8,6	0	0	0	0
Ιατρική Αντιμετώπιση	0	0	0	0	0	0	1	2,9	2	6,7	3	7
Εναλλακτικές	0	0	0	0	0	0	2	5,7	1	3,3	0	0
Ιατρικά Αίτια	0	0	2	20	3	33,3	2	5,7	6	20	4	9,3
Στειρότητα	0	0	3	30	1	11,1	7	20	4	13,3	5	11,6
υπογονιμότητα	3	27,3	0	0	0	0	1	2,9	3	10	4	9,3
Υπογεννητικότητα	0	0	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0
Άτεκνος, άγονος,...	2	18,2	1	10	1	11,1	1	2,9	3	10	1	2,3
Ανάπηρος, μειονεξία,...	0	0	1	10	1	11,1	0	0	2	6,7	1	2,3
Γενικοί Παράγοντες	1	9,1	0	0	0	0	2	5,7	0	0	0	0
Κοινωνική πλευρά	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	3	7
Προσωπικές Επιλογές	0	0	0	0	0	0	3	8,6	0	0	0	0
Σύνολο	11		10		9		35		30		43	

Πίνακας 100: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναίκων ανά Πρόβλημα και Εργασιακή Κατάσταση

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ						ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ					
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	
	% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης		% Στήλης	
Θύματα Ξενοφοβίας	0	0	1	3	0	0	2	2,3	0	0	2	2
Ενεργητικά Άνταμικές	10	31,3	10	30,3	2	16,7	37	43	33	41,8	33	33,7
Θηλυκές	3	9,4	3	9,1	1	8,3	6	7	3	3,8	3	3,1
Αρνητικές	2	6,3	3	9,1	2	16,7	9	10,5	3	3,8	14	14,3
Ωριμες	0	0	1	3	0	0	3	3,5	10	12,7	10	10,2
Συναισθηματικές	8	25	5	15,2	5	41,7	22	25,6	19	24,1	28	28,6
Ρόλος στην οικογένεια	4	12,5	1	3	1	8,3	1	1,2	0	0	0	0
Ρόλος της μητέρας	2	6,3	5	15,2	1	8,3	2	2,3	6	7,6	3	3,1
Ρόλος συζύγου	3	9,4	1	3	0	0	2	2,3	1	1,3	1	1
Ιερότερο πλάσμα	0	0	1	3	0	0	1	1,2	0	0	0	0
Παρέα	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	1
Επαγγελματίες	0	0	1	3	0	0	0	0	2	2,5	1	1
Επιστήμονες	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Άνθρωπος	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,5	1	1
Σύνολο	32		33		12		86		79		98	

Οι γυναίκες νοικοκυρές που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα επικεντρώνουν την γονιμότητα στην οικογένεια, την υπογονιμότητα στο ψυχολογικό παράγοντα (κόστος), στην υπογονιμότητα και την ατεκνία ενώ προσλαμβάνουν τις γυναίκες ως δυναμικές και με ρόλο στην οικογένεια και ως συζύγου.

Οι γυναίκες νοικοκυρές που αντιμετωπίζουν ανδρική υπογονιμότητα επικεντρώνουν τη γονιμότητα στην οικογένεια, την υπογονιμότητα στη στειρότητα και τις γυναίκες ως δυναμικές και με ρόλο μητέρας.

Οι γυναίκες νοικοκυρές που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα επικεντρώνουν τη γονιμότητα στον ψυχολογικό παράγοντα (όφελος), την υπογονιμότητα στην έλλειψη ολοκλήρωσης και στα ιατρικά αίτια και οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο ως αρνητικές και συναισθηματικές. (Πίνακες 98, 99, 100)

Οι γυναίκες εργαζόμενες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα επικεντρώνουν τη γονιμότητα στα βιολογικά στοιχεία και την ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου, την υπογονιμότητα ως γενική αντιμετώπιση, εναλλακτικές, στειρότητα, γενικοί εξωγενείς παράγοντες και προσωπικές επιλογές και τις γυναίκες τις χαρακτηρίζουν δυναμικές και θηλυκές.

Οι γυναίκες εργαζόμενες που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα επικεντρώνουν τη γονιμότητα στην κύηση/γέννηση, στην οικογένεια και τις ψυχολογικές προϋποθέσεις, την υπογονιμότητα στην ιατρική αντιμετώπιση, τα ιατρικά αίτια, την ατεκνία και την αναπηρία και τις γυναίκες τις χαρακτηρίζουν ως ώριμες και με ρόλο μητέρας.

Οι γυναίκες εργαζόμενες που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα επικεντρώνουν τη γονιμότητα ως φύση/γη, υγεία, θεϊκή διάσταση, την υπογονιμότητα ως έλλειψη ολοκλήρωσης, ψυχολογικό παράγοντα(κόστος), ιατρική αντιμετώπιση και κοινωνική πλευρά ενώ τις γυναίκες τις χαρακτηρίζουν αρνητικές και συναισθηματικές. (Πίνακες 98, 99, 100)

E.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

E.5.1 Συσχέτιση Παραγόντων μεταξύ τους

Χρησιμοποιώντας την Pearson Correlation, βρέθηκαν οι παρακάτω υψηλές συσχετίσεις ($r=0,25$, $p<0,01$) μεταξύ των παραγόντων όπως αυτοί αναφέρονται σε προηγούμενη ενότητα.

- Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού - Ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής (0,245)
- Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού - Δοξασία δίκαιου κόσμου (0,220)
- Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία - Δοξασία δίκαιου κόσμου (0,388)
- Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία - Γυναικεία σεξουαλικότητα (0,254)
- Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία - Μη –ιατρική πρόσληψη υπογονιμότητας (κοινωνία) (0,245)
- Ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής - Αρνητική αναπαράσταση κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση (-0,407)
- Δοξασία δίκαιου κόσμου - Μη –ιατρική πρόσληψη υπογονιμότητας (κοινωνία) (0,236)
- Αρνητική αναπαράσταση κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση - Μη –ιατρική πρόσληψη υπογονιμότητας (κοινωνία) (0,266)

Επιπρόσθετα, εκτελέστηκε η Πολυδιάστατη Ανάλυση Συνδιακύμανσης (MANCOVA) των έξι παραγόντων οι οποίοι απορρέουν από την εξαγωγή παραγόντων στις θεματικές της υπογονιμότητας, των νέων τεχνολογιών και της αναπαράστασης κοινωνίας και ανεξάρτητες (συμμεταβαλλόμενες) τους δύο παράγοντες του προγεννητισμού.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντική επίδραση (σχέση) του πρώτου παράγοντα προγεννητισμού (αποδοχή κανόνων προγεννητισμού) στην ομάδα των έξι παραγόντων Wilk's $\lambda=0,851$, $F(6,137)=3,99$, $p=0,001$. Επίσης, σημαντική σχέση του δεύτερου παράγοντα του προγεννητισμού (αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία) πάνω στους έξι παράγοντες: Wilk's $\lambda=0,772$, $F(6,137)=6,74$, $p<0,001$.

Στη συνέχεια διερευνώντας τις επιμέρους μονοδιάστατες επιδράσεις των παραγόντων του προγεννητισμού πάνω στους υπόλοιπους παράγοντες διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική επίδραση της αποδοχής κανόνων προγεννητισμού στην ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής ($F(1,142)=7,25$, $p=0,008$) και στη δοξασία του δίκαιου κόσμου ($F(1,142)=10,66$, $p=0,001$).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική επίδραση της αποδοχής κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία στη θεμιτή και νόμιμη χρήση ξένων γαμετών $F(1,142)=4,55$, $p=0,035$, στη μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας (κοινωνία), $F(1,142)=8,59$, $p=0,004$, στη δοξασία δίκαιου κόσμου $F(1,142)=29,47$, $p<0,001$ και οριακό μη σημαντικό με την αρνητική αναπαράσταση κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση $F(1,142)=3,74$, $p=0,055$.

Στη συνέχεια εκτελέστηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κάθε φορά έναν από τους παράγοντες (θεμιτή και νόμιμη χρήση ξένων γαμετών, ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής, μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας (κοινωνία) και δοξασία δίκαιου κόσμου (οι οποίοι βρέθηκε ότι συνδέονται σημαντικά στην προηγούμενη ανάλυση) και ανεξάρτητες μεταβλητές τους δύο παράγοντες του προγεννητισμού. από τις αναλύσεις αυτές προέκυψαν τα παρακάτω:

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη *θεμιτή και νόμιμη χρήση ξένων γαμετών* δε βρέθηκε σημαντική επίδραση των δυο παραγόντων προγεννητισμού ($R^2=0,038$, $F(2,149)=2,9$, $p<0,056$). Αντιθέτως, διαπιστώθηκε σημαντική επίδραση στην *ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής* $R^2=0,59$, $F(2,147)=4,61$, $p=0,011$. Από τη μελέτη των συντελεστών της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι μόνο ο πρώτος παράγοντας προγεννητισμού έχει θετικό συντελεστή με τιμή στατιστικά σημαντική:

- ❖ *Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού* $\beta=0,210$, $t=2,63$, $p=0,010$
- ❖ *Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία* $\beta=-0,123$, $t=-1,54$, $p=0,126$

Διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη επίδραση ασκείται στη *δοξασία δίκαιου κόσμου* $R^2=0,22$, $F(2,149)=21,4$, $p<0,001$.

Από τη μελέτη των συντελεστών της παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι οι δύο παράγοντες προγεννητισμού έχουν θετικούς συντελεστές με τιμές στατιστικά σημαντικές:

- ❖ *Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού* $\beta=0,221$, $t=3,053$, $p=0,003$

- ❖ Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία $\beta=0,417$, $t=5,780$, $p<0,001$

Τέλος, διαπιστώθηκε επίδραση στη μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας (κοινωνία) $R^2=0,59$, $F(2,144)=4,51$, $p=0,013$. Από τη μελέτη των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι μόνο ο δεύτερος παράγοντας προγεννητισμού έχει θετικό συντελεστή με τιμή στατιστικά σημαντική:

- ❖ Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού $\beta=-0,32$, $t=-0,40$, $p=0,688$
- ❖ Αποδοχή κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία $\beta=0,240$, $t=2,973$, $p=0,003$

Τα αποτελέσματα της Πολυδιάστατης Ανάλυσης Συνδιακύμανσης, μας δείχνουν ότι η αποδοχή του κοινωνικού κανόνα για τον προγεννητισμό συσχετίζεται με τη δοξασία του δίκαιου κόσμου. Η αποδοχή του προγεννητισμού, η οποία -όπως προκύπτει από τους δύο παράγοντες προγεννητισμού- εμπεριέχει τόσο τη γενική αποδοχή των ιδεών (πρώτος παράγοντας προγεννητισμού) όσο και τον αξιολογικό τους χαρακτήρα δηλαδή η σημασία αποδοχής του κοινωνικού κανόνα στην κοινωνική ένταξη των ατόμων (δεύτερος παράγοντας προγεννητισμού).

Τι συμβαίνει όμως όταν οι γυναίκες υιοθετούν έναν κοινωνικό κανόνα τον οποίο όμως ταυτόχρονα καταστρατηγούν εφόσον η συμπεριφοριστική τους κατάσταση (μη ύπαρξη παιδιού) έρχεται σε αντίθεση με ότι πιστεύουν; Η επιθυμία για την απόκτηση του παιδιού δεν αρκεί για την εμπειρική απόδειξη «εφαρμογής» του κοινωνικού κανόνα του προγεννητισμού αλλά η ύπαρξη παιδιού ή όχι.

Ο λόγος, λοιπόν, τον οποίο προβάλλουν οι γυναίκες για να ερμηνεύσουν και να εξηγήσουν την κατάσταση αυτή, σχετίζεται με την απόδοση δικαιοσύνης από το Θεό, όσο αφορά πράξεις του παρελθόντος. Με τον τρόπο αυτό οι γυναίκες, αφενός επωμίζονται το φορτίο της απονομής της δικαιοσύνης (υπογονιμότητα) εξαιτίας προηγούμενων πράξεων, αφετέρου αντιβαίνουν συμπεριφοριστικά τον κοινωνικό κανόνα τον οποίο και υποστηρίζουν.

Η δοξασία του δίκαιου κόσμου υποστηρίζεται περισσότερο από τις γυναίκες οι οποίες δηλώνουν ότι είναι περισσότερο θρησκευόμενες. Συνεπώς, η ερμηνεία την οποία οι γυναίκες δίνουν στην υπογονιμότητα και ο τρόπος με τον οποίο η τελευταία προσλαμβάνεται σχετίζεται άμεσα με την κατηγοριοποίηση των γυναικών ανάλογα με το θρησκευτικό συναίσθημα, την ένταση της πίστης ή με άλλα λόγια την

αναπαράσταση ότι ο Θεός επεμβαίνει προκειμένου να αποδοθεί δικαιοσύνη στις πράξεις των ανθρώπων και κατ'επέκταση των γυναικών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής που προβάλλουν οι θρησκευόμενες παρατηρούμε ότι είναι και αυτά της κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών (μητέρας, συζύγου, στην οικογένεια), σε σχέση με τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά που προβάλλουν οι ουδέτερες στο θρησκευτικό συναίσθημα γυναίκες (δυναμικές και ώριμες).

Συνεπώς, η δοξασία του δίκαιου κόσμου συνδέεται με την εσωτερίκευση του κοινωνικού κανόνα του προγεννητισμού και την αποδοχή των κοινωνικών χαρακτηριστικών της γυναίκας, έτσι όπως προστάζει η θρησκεία.

Σε ένα άλλο επίπεδο, όσο αφορά τη σύνδεση των παραγόντων του προγεννητισμού με τους παράγοντες των τεχνολογιών, διαπιστώνουμε ότι η αποδοχή των γενικών αρχών του προγεννητισμού (πρώτος παράγοντας) συσχετίζεται με την δεύτερο παράγοντα των τεχνολογιών σχετικά με την κοινωνική και ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών. Επίσης, διαπιστώνεται αρνητική συσχέτιση του δεύτερου παράγοντα των νέων τεχνολογιών (κοινωνική και ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών και εξωσωματικής γονιμοποίησης) με την αρνητική πρόσληψη της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Η υποστήριξη της κοινωνικής επιθυμητότητας της χρήσης του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης και η υιοθέτηση των ηθικών αρχών συσχετίζεται με το αντίστροφο της αρνητικής πρόσληψης της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Με άλλα λόγια, όσο υποστηρίζεται η ηθική των νέων τεχνολογιών τόσο η αρνητική πρόσληψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην κοινωνία μειώνεται και αυτό φαίνεται να υποστηρίζεται από τη γενική αποδοχή των κοινωνικών αξιών.

Ο παράγοντας της αποδοχής των κοινωνικών κανόνων ως ενταξιακή διαδικασία με την αναπαράσταση κοινωνίας η οποία ερμηνεύει μη ιατρικά την υπογονιμότητα και η οποία συνδέεται με την αρνητική πρόσληψη της κοινωνίας για τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η αποδοχή του δεύτερου παράγοντα προγεννητισμού, ο οποίος σχετίζεται με την ενταξιακή διαδικασία του προγεννητισμού, δηλώνει τη σημασία που έχει η απόκτηση των παιδιών στη δυναμική διαμόρφωση της ταυτότητας αλλά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα προσλαμβάνουν τη θέση τους στην κοινωνία.

Η προέκταση του σημείου αυτού σχετίζεται με την ακύρωση της αποδοχής του παράγοντα λόγω συμπεριφοράς (μη απόκτησης παιδιού). Η κοινωνική

πραγματικότητα φαίνεται ότι είναι διαφορετική εφόσον αποδέχονται τις κοινωνικές αξίες αλλά και παράλληλα προσδιορίζουν τη θέση τους στην κοινωνία βάση της συμπεριφοριστικής απόκλισης από τον κοινωνικό κανόνα λόγω μη ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια και αφετέρου αναπαριστούν την κοινωνία να προσλαμβάνει μη ιατρικά το θέμα της υπογονιμότητας και αρνητικά τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στο σχεδιάγραμμα παρουσιάζονται τέσσερις ομάδες γυναικών. Η πρώτη ομάδα (επάνω αριστερό τεταρτημόριο) με υψηλή αποδοχή των αρχών του προγεννητισμού αλλά και την ύπαρξη των παιδιών ως αναγκαία συνθήκη για την ένταξη του ατόμου και του ζευγαριού στην κοινωνία (ενταξιακή διαδικασία), φαίνεται ότι συνδέεται με χαμηλή αποδοχή ότι η υπογονιμότητα επηρεάζει αρνητικά τη γυναικεία σεξουαλικότητα. Επίσης, η χαμηλή αποδοχή της θεμιτότητας και της νομιμότητας της χρήσης γαμετών (σημείο ιδιαίτερα ευαίσθητο αλλά και νευραλγικό για την αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών) και χαμηλή αποδοχή της ηθικότητας των τεχνολογιών αναπαραγωγής φαίνεται να συνδέεται με την υψηλή αποδοχή ότι η κοινωνία προσλαμβάνει αρνητικά την εξωσωματική γονιμοποίηση ενώ αναπαριστά μη ιατρικά την υπογονιμότητα.

Η γονιμότητα στην ομάδα αυτή των γυναικών προσλαμβάνεται ως φύση-γη, η υπογονιμότητα με τον ιατρικό αυτό όρο ενώ οι γυναίκες παρουσιάζονται ως βάση της οικογένειας.

Η «φυσική» διάσταση της γονιμότητας έρχεται σε αντίθεση με τον ορισμό του αντιθέτου της, δηλαδή της υπογονιμότητας. Υποστηρίζονται οι κοινωνικοί κανόνες και ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών ως βάση της οικογενείας. Παράλληλα, προβάλλεται η «αντίρρηση» της κοινωνίας για την ιατρική αντιμετώπιση της μη-γονιμότητας αλλά και για τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Δέχονται λιγότερο τις αρνητικές συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών. Η θεμιτότητα και η νομιμότητα της χρήσης των ξένων γαμετών και της ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής αναπαρίστανται χαμηλά. Συνεπώς, η ομάδα αυτή των γυναικών αντιδιαστέλλει τη φυσική κατάσταση των πραγμάτων αλλά και των κοινωνικών κανόνων με τη νόμιμη χρήση μη ηθικών και αρνητικά αξιολογήσιμων πρακτικών της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η δεύτερη ομάδα γυναικών (επάνω δεξιό τεταρτημόριο) είναι αυτή με χαμηλή αποδοχή των αρχών του προγεννητισμού αλλά και της ύπαρξης των παιδιών ως αναγκαία συνθήκη για την ένταξη του ατόμου και του ζευγαριού στην κοινωνία (ενταξιακή διαδικασία), η οποία φαίνεται ότι δέχεται περισσότερο την αρνητική επιρροή της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα και παρουσιάζει χαμηλή αποδοχή της δοξασίας του δίκαιου κόσμου ότι δηλαδή η υπογονιμότητα αποτελεί «θεία τιμωρία» για τις πράξεις του παρελθόντος της γυναίκας. Παράλληλα αποδέχονται περισσότερο την ηθική των νέων τεχνολογιών ενώ παρουσιάζουν

λιγότερο την αρνητική αναπαράσταση της κοινωνίας για τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η γονιμότητα αναπαρίσταται ως ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και ως ψυχολογικές προϋποθέσεις, η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται από το πρίσμα της αρνητικής αντιμετώπισης από την κοινωνία αλλά και από αυτό των προσωπικών επιλογών ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται κυρίως θύματα καταπίεσης.

Η εξήγηση της υπογονιμότητας επικεντρώνεται στις προσωπικές επιλογές, γεγονός το οποίο παραπέμπει στην αυτο-κατηγορία των γυναικών για την παρούσα κατάσταση της υπογονιμότητας, παρά στην τιμωρία από το «θεό» για τις πράξεις του παρελθόντος. Οι συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα της γυναίκας, βασικός άξονας της γυναικείας ταυτότητας, είναι αρνητικές.

Επιπρόσθετα, η υποστήριξη της ηθικής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής συνδέεται με τη λιγότερο αναπαραστασιακά αρνητική θέση της κοινωνίας για τις τεχνολογίες αυτές. Το σημείο το οποίο φαίνεται ότι επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες αυτών των θέσεων είναι το θέμα των προσωπικών επιλογών και του αντίκτυπου που έχει η υπογονιμότητα στη σεξουαλικότητά τους.

Η τρίτη ομάδα γυναικών (κάτω αριστερό τεταρτημόριο) παρουσιάζει μεσαία αποδοχή των αρχών προγεννητισμού και υψηλή-μεσαία αποδοχή της δοξασίας του δίκαιου κόσμου. Παράλληλα υπάρχει μια μεσαία αποδοχή της ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών και παρουσιάζεται μια μεσαία αποδοχή της κοινωνικής μη ιατρικής πρόσληψης της υπογονιμότητας αλλά και της αρνητικής πρόσληψης της κοινωνίας για τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η γονιμότητα αναπαρίσταται ως δημιουργία, θεϊκή διάσταση, γυναικεία ταυτότητα, υγεία, βιολογικά στοιχεία. Η υπογονιμότητα αναπαρίσταται ως ψυχολογικός παράγοντας, ιατρική αντιμετώπιση, εναλλακτικές λύσεις, ιατρικά αίτια και ατεκνία. Οι γυναίκες χαρακτηρίζονται κυρίως συναισθηματικές ενώ παρουσιάζεται η γυναικεία ταυτότητα και ο κοινωνικός τους ρόλος ως μητέρες.

Η βιο-ψυχολογική διάσταση της ομάδας αυτής προκύπτει από την ερμηνεία γονιμότητας-υπογονιμότητας και πιο συγκεκριμένα τα βιολογικά αίτια-ιατρικά αίτια και το ψυχολογικό παράγοντα.

Η εξήγηση της υπογονιμότητας προκύπτει από τη δοξασία του δίκαιου κόσμου, ότι δηλαδή η υπογονιμότητα αποτελεί «θεία τιμωρία» αναπαριστώντας παράλληλα τη θεϊκή διάσταση ως στοιχείο γονιμότητας. Παράλληλα, προβάλλονται

τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της γυναίκας (γυναικεία ταυτότητα και ο ρόλος της ως μητέρα), όπως επιβάλλουν οι κοινωνικοί κανόνες κυρίως μέσω της θρησκείας.

Η ομάδα αυτή των γυναικών παρουσιάζει, όπως διαπιστώνεται, μια μεσαία προσέγγιση στην αποδοχή των κοινωνικών κανόνων αλλά και των παραγόντων που αφορούν τόσο την ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών όσο και της αναπαράστασης της κοινωνίας - αρνητική πρόσληψη εξωσωματικής γονιμοποίησης και μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας.

Τέλος, η τέταρτη ομάδα γυναικών (κάτω δεξιό τεταρτημόριο) παρουσιάζει μεσαία αποδοχή της ύπαρξης των παιδιών ως αναγκαία συνθήκη για την ένταξη του ατόμου και του ζευγαριού στην κοινωνία (ενταξιακή διαδικασία), μεσαία αποδοχή του αρνητικού αντίκτυπου της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα και τέλος, μεσαία-υψηλή αποδοχή της θεμιτότητας και της νομιμότητας της χρήσης γαμετών και μεσαία αποδοχή της αναπαράστασης κοινωνίας για τη μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας.

Η γονιμότητα αναπαρίσταται ως αναπηρία και οι γυναίκες χαρακτηρίζονται δυναμικές.

Η τελευταία ομάδα πρόκειται για μια υποομάδα της μεσαίας αποδοχής των παραγόντων, στην οποία παρατηρούμε την υψηλή αποδοχή του νόμου περί χρήσης ξένων γαμετών αλλά και τα ενεργητικά-δυναμικά χαρακτηριστικά των γυναικών.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε ότι όσο οι γυναίκες υποστηρίζουν τους κοινωνικούς παράγοντες του προγεννητισμού, τόσο περισσότερο προσλαμβάνουν την αρνητικότητα της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής και τη μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας και τόσο λιγότερο δέχονται την ηθική και νόμιμη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και παράλληλα δέχονται λιγότερο τις συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών. Συνεπώς οι γυναίκες της ομάδας αυτής παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συγκρουσιακότητα εξαιτίας της αντίθετης συμπεριφοράς τους (αφενός διότι αντιβαίνουν συμπεριφοριστικά τους κοινωνικούς κανόνες του προγεννητισμού που αποδέχονται λόγω μη ύπαρξης παιδιών και αφετέρου κάνουν χρήση των τεχνολογιών οι οποίες δεν αξιολογούνται θετικά) σε σχέση με την αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Από την άλλη πλευρά, όσο δέχονται λιγότερο τους κοινωνικούς κανόνες του προγεννητισμού, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την κοινωνική αποδοχή των νέων τεχνολογιών και παράλληλα η κοινωνία αναπαρίσταται να παρουσιάζει λιγότερο

αρνητικά τη φύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Υποστηρίζονται οι προσωπικές επιλογές και λιγότερο η δοξασία του δίκαιου κόσμου, ενώ οι επιπτώσεις στη γυναικεία ταυτότητα είναι μεγάλες. Παρουσιάζεται περισσότερο ο κοινωνιο-ψυχολογικός χαρακτήρας της υπογονιμότητας.

E.6 ΑΝΑΛΥΣΗ

Σκοπός του υποκεφαλαίου είναι η σύνοψη των κυριοτέρων αποτελεσμάτων της έρευνας και η συσχέτιση μεταξύ τους.

Ξεκινώντας από την παραγοντική ανάλυση του προγεννητισμού, απομονώθηκαν δύο παράγοντες: ο πρώτος αφορά τη γενική αποδοχή των κοινωνικών κανόνων ενώ ο δεύτερος σχετίζεται με την αποδοχή των κοινωνικών κανόνων ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης υποστηρίζοντας την αναπαραγωγική λειτουργία της οικογένειας και την απόδοση της κοινωνικής ταυτότητας του γάμου μέσω της εξασφάλισης των παιδιών. Η έννοια της κοινωνικής ένταξης αποτελεί και την ειδοποιό διαφορά μεταξύ των δύο παραγόντων.

Στον πρώτο παράγοντα φαίνεται ότι οι θρησκευόμενες τον υποστηρίζουν περισσότερο καθώς και οι πιο νεαρές σε ηλικία γυναίκες (μέχρι την ηλικία των τριάντα ετών). Χαρακτηριστικά, οι θρησκευόμενες προβάλλουν περισσότερο στα χαρακτηριστικά των γυναικών αυτά του κοινωνικού ρόλου ως μητέρα, σύζυγο και ρόλο στην οικογένεια. Επίσης, οι θρησκευόμενες παρουσιάζουν τη βιο-ψυχολογική διάσταση της γονιμότητας, ιατρικοποιώντας την υπογονιμότητα.

Οι ουδέτερες στο θρησκευτικό συναίσθημα γυναίκες παρουσιάζουν μια ψυχο-κοινωνική διάσταση της γονιμότητας, χρησιμοποιούν τον σύγχρονο ορισμό της μη-γονιμότητας, προσλαμβάνουν τον κοινωνικό αντίκτυπο, προσδιορίζουν ως αίτια της υπογονιμότητας τις προσωπικές επιλογές ενώ παρουσιάζουν περισσότερο τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά.

Όσο αφορά την αναπαράσταση της γονιμότητας ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες των γυναικών, παρατηρούμε ότι η πρόσληψή της ως βιολογικά στοιχεία και οικογένεια παρουσιάζεται περισσότερο με το πέρασμα των ηλικιών ενώ αντίθετα, η ολοκλήρωση του γονεϊκού ρόλου και οι ψυχολογικές προϋποθέσεις απορροφούν μικρότερη σημασία. Σχετικά με την υπογονιμότητα, η πρόσληψή της ως ψυχολογικό κόστος φαίνεται ότι παρουσιάζεται εντονότερα στις μικρότερες ηλικίες ενώ η στειρότητα συναντάται στις μικρές αλλά και στις μεγάλες ηλικίες. Συγκριτικά με τα χαρακτηριστικά γυναικών, στην ομάδα γυναικών ηλικίας 22-30 ετών προβάλλεται περισσότερο η δυναμικότητα και η αρνητικότητα, στη δεύτερη ομάδα ηλικίας 30-35 ετών, η ωριμότητα και η θηλυκότητα, στην τρίτη ομάδα γυναικών ηλικίας 35-40 ετών ο κοινωνικός ρόλος της μητέρας και στην τέταρτη ομάδα ηλικίας 40-53 ετών, η συναισθηματικότητα και η γυναίκα ως θύμα καταπίεσης.

Στο δεύτερο παράγοντα προγεννητισμού φαίνεται ότι οι νοικοκυρές τον αποδέχονται περισσότερο από ότι οι εργαζόμενες. Οι νοικοκυρές προβάλλουν περισσότερο τα θηλυκά χαρακτηριστικά των γυναικών και τον κοινωνικό ρόλο αυτών ως μητέρα, συζύγου και με ρόλο στην οικογένεια σε σχέση με τις εργαζόμενες οι οποίες προβάλλουν τα δυναμικά, τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά και την ωριμότητα.

Επίσης, παρατηρείται ότι η ομάδα των γυναικών-νοικοκυρές με παιδιά στην οικογένεια και η ομάδα των γυναικών-νοικοκυρές χωρίς εμπειρία εγκυμοσύνης στο παρελθόν, αποδέχονται περισσότερο τον παράγοντα αυτό. Στην πρώτη περίπτωση, η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια αποτελεί απόδειξη σε συμπεριφοριστικό επίπεδο της υιοθέτησης του κοινωνικού κανόνα μέσω της άσκησης του γονεϊκού ρόλου.

Στην περίπτωση όμως της μη-προηγούμενης εμπειρίας εγκυμοσύνης, αυτή λαμβάνει διαφορετική σημασία εφόσον οι νοικοκυρές προσλαμβάνουν τη γονιμότητα ως ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου, ψυχολογικό όφελος και γυναικεία ταυτότητα ενώ την υπογονιμότητα ως συναισθηματικό κόστος και ιατρικά αίτια.

Οι νοικοκυρές με εμπειρία εγκυμοσύνης αναπαριστούν τη γονιμότητα ως ψυχολογικές προϋποθέσεις (σχέσεις ζευγαριού) και ως οικογένεια ενώ επικεντρώνουν την υπογονιμότητα στην αρνητική κοινωνική αξιολόγησή της. Και στις δύο ομάδες παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού ρόλου των γυναικών.

Οι δύο αυτές ομάδες διαφοροποιούνται: α) η πρόσληψη της γονιμότητας ως γυναικεία ταυτότητα στην πρώτη ομάδα των νοικοκυρών και β) στην πρόσληψη της υπογονιμότητας, η οποία στην πρώτη ομάδα επικεντρώνεται στο βιοψυχολογικό επίπεδο και στη δεύτερη στο κοινωνικό.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη δική τους υπογονιμότητα και με παιδιά στην οικογένεια αποδέχονται περισσότερο τον παράγοντα καθώς στην κατηγορία της μη ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα. Παρατηρείται λοιπόν ότι όταν αποδεικνύεται μέσω της ύπαρξης των παιδιών η «υιοθέτηση» του κοινωνικού κανόνα περί γονεϊκού ρόλου, προβάλλεται σε μεγαλύτερο βαθμό ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών στην οικογένεια και οι γυναίκες αποδέχονται τον παράγοντα όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των νοικοκυρών με παιδιά. Όταν δεν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια, οι γυναίκες της κοινής υπογονιμότητας αναπαριστούν τη

γονιμότητα-υπογονιμότητα ως υγεία/ιατρική αντιμετώπιση, γεγονός το οποίο οδηγεί στην πρόσληψη της γυναίκας ως «υπογόνιμος ασθενής».

Στην ανδρική υπογονιμότητα, οι γυναίκες δεν ευθύνονται για την υπογονιμότητα του ζευγαριού. Στην περίπτωση της ύπαρξης παιδιού στην οικογένεια, προσδιορίζουν μέρος των κοινωνικών αξιών που προβάλλονται στο παράγοντα αποδοχής των κοινωνικών κανόνων ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης, τον οποίο φαίνεται ότι τον «υιοθετούν». Οι γυναίκες αυτές προβάλλουν τον κοινωνικό ρόλο των γυναικών ως μητέρες. Στην περίπτωση της μη ύπαρξης παιδιών, παρότι το πρόβλημα δεν εστιάζεται σε αυτές, η μη επίτευξη της κύησης σε σχέση με το ρόλο των γυναικών ως μητέρων οδηγεί τις γυναίκες σε λιγότερο θετικές τιμές από ότι εκφράζουν οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα.

Συνεπώς, στοιχεία κοινωνικής ταυτότητας της ομάδας υπαγωγής παρουσιάζονται παράλληλα με την αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού (θρησκευόμενες, νοικοκυρές, νοικοκυρές με παιδιά, γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα με παιδιά).

Από το δεύτερο άξονα ερωτήσεων που αφορούν την υπογονιμότητα, προέκυψαν δύο παράγοντες: ο πρώτος αφορά τη Δοξασία Δικαίου Κόσμου και ο δεύτερος την αρνητική επίπτωση της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα.

Όσο αφορά τον Παράγοντα του Δικαίου Κόσμου, οι θρησκευόμενες παρουσιάζουν να αποδέχονται περισσότερο την τιμωρία από το Θεό για πράξεις του παρελθόντος. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι και οι δύο παράγοντες του προγεννητισμού συσχετίζονται με τον παράγοντα του Δίκαιου Κόσμου, παρατηρούμε ότι η αποδοχή των κοινωνικών αξιών και κανόνων συνδέεται με την αποδοχή του Δίκαιου Κόσμου. Οι θρησκευόμενες αποδέχονται τις αρχές της χριστιανικής θρησκείας καθώς και του κοινωνικού ρόλου των γυναικών που πρέπει να της προσάπτονται.

Στο δεύτερο παράγοντα υπογονιμότητας, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα δέχονται περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα των ατόμων και κυρίως των γυναικών.

Στη γυναικεία υπογονιμότητα, οι γυναίκες αναλαμβάνουν την προσωπική ευθύνη για την κατάσταση της υπογονιμότητας, προσλαμβάνουν την ομάδα

υπαγωγής τους πιο θετικά με δυνατά χαρακτηριστικά και γυναικεία. Στην ανδρική υπογονιμότητα, οι γυναίκες προσλαμβάνουν την ομάδα υπαγωγής τους με επίσης δυνατά χαρακτηριστικά. Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο κατηγοριών έγκειται στο ότι οι γυναίκες στην πρώτη περίπτωση προσανατολίζονται στην αντιμετώπιση της κατάστασης της υπογονιμότητας και στην αυτό-απόδοση των αιτιών της υπογονιμότητας ενώ στη δεύτερη στην απόδοση σε ιατρικά αίτια της υπογονιμότητας και στον κοινωνικό αντίκτυπο. Συνεπώς οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα, δέχονται την προσωπική ευθύνη ενώ οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα («ευγενές στίγμα») λαμβάνουν τον κοινωνικό αντίκτυπο που έχει η κατάσταση υπογονιμότητας του ζευγαριού αλλά και δίνουν έμφαση στα ιατρικά αίτια της υπογονιμότητας.

Στην κοινή υπογονιμότητα, οι γυναίκες απομακρύνονται από την αποδοχή των αρνητικών συνεπειών στη σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών. Η πρόσληψη της γονιμότητας ως υγεία και της υπογονιμότητας ως ιατρικά αίτια και ιατρική αντιμετώπιση μας παραπέμπει στην ιατροποίηση της υπογονιμότητας λόγω της αναγωγής του προβλήματος της υπογονιμότητας σε ιατρικό πρόβλημα. Το γεγονός αυτό φαίνεται να συνδέεται με την απώλεια ελέγχου στην κατάσταση της υπογονιμότητας εφόσον δε δέχονται την προσωπική ευθύνη και αποδέχονται περισσότερο τη θεϊκή διάσταση της γονιμότητας καθώς αποδίδονται αρνητικά χαρακτηριστικά στην ομάδα υπαγωγής.

Στη γυναικεία υπογονιμότητα οι γυναίκες αναλαμβάνουν την προσωπική ευθύνη για την κατάσταση της υπογονιμότητας με την αυτο-απόδοση των αιτιών της ενώ παράλληλα προβάλλουν περισσότερο τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των γυναικών.

Στην ανδρική υπογονιμότητα, οι γυναίκες λαμβάνουν τον κοινωνικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας δίνοντας έμφαση στα ιατρικά αίτια. Η αποδοχή των αρνητικών συνεπειών της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα είναι οριακά θετική. Η αναπαραστασιακή θέση των γυναικών ως μητέρες και η πρόσληψη της γονιμότητας ως κύηση προσδιορίζουν από μια έννοια τη σεξουαλικότητα αλλά εξαιτίας του γεγονότος ότι το πρόβλημα δεν παρουσιάζεται στις ίδιες, η αποδοχή των αρνητικών συνεπειών είναι μικρότερη.

Στην κοινή υπογονιμότητα δεν αποδέχονται τις αρνητικές συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα των γυναικών. Η αναπαράσταση του σχήματος γονιμότητα-υπογονιμότητα ως υγεία/ιατρικά αίτια και ιατρική αντιμετώπιση

παραπέμπει στην ιατροκοποίηση της υπογονιμότητας λόγω της αναγωγής του προβλήματος της υπογονιμότητας σε ιατρικό πρόβλημα. Το γεγονός αυτό φαίνεται να συνδέεται με την απώλεια ελέγχου στην κατάσταση της υπογονιμότητας εφόσον δε δέχονται την προσωπική ευθύνη και αποδέχονται περισσότερο τη θεϊκή διάσταση της γονιμότητας και αποδίδονται τα αρνητικά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά.

Από τον τρίτο άξονα ερωτήσεων ο οποίος αφορά τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής προέκυψαν δύο παράγοντες. Ο πρώτος αφορά τη Θεμιτή και Νόμιμη Χρήση των Ξένων Γαμετών (Ωάρια και Σπερματοζώαρια), ένα σημείο «κομβικό» για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής και κυρίως για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με την Ηθική Αποδοχή των Νέων Τεχνολογιών Αναπαραγωγής και την κοινωνική επιθυμητότητας προσφυγής σε Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης.

Στον πρώτο παράγοντα διαπιστώνουμε ότι οι εργαζόμενες εκφράζουν περισσότερο θετικές τιμές από ότι οι νοικοκυρές. Επίσης, παρατηρείται ότι όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στη γυναίκα, υπάρχει απόκλιση τιμών δηλαδή περισσότερο θετικές τιμές για τις εργαζόμενες και περισσότερο αρνητικές τιμές για τις νοικοκυρές.

Οι γυναίκες εργαζόμενες της γυναικείας υπογονιμότητας επικεντρώνουν τη γονιμότητα στα βιολογικά στοιχεία, την ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου ενώ την υπογονιμότητα ως γενική αντιμετώπιση, εναλλακτικές, στειρότητα, γενικοί εξωγενείς παράγοντες και προσωπικές επιλογές και τις γυναίκες τις χαρακτηρίζουν δυναμικές και θηλυκές.

Οι γυναίκες νοικοκυρές της γυναικείας υπογονιμότητας επικεντρώνουν τη γονιμότητα στην οικογένεια ενώ την υπογονιμότητα στο ψυχολογικό κόστος, στον ιατρικό όρο της υπογονιμότητας, στην ατεκνία ενώ προσλαμβάνουν τις γυναίκες δυναμικές και με ρόλο στην οικογένεια και ως σύζυγος.

Στο δεύτερο παράγοντα των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής, την αποδοχή ότι οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής ακολουθούν τις ηθικές αξίες της κοινωνίας, οι γυναίκες οι οποίες έχουν την εμπειρία εγκυμοσύνης στο παρελθόν (δευτεροπαθής υπογονιμότητα) υποστηρίζουν αρνητικά την ηθική αποδοχή των τεχνολογιών ενώ οι γυναίκες χωρίς εμπειρία εγκυμοσύνης (πρωτοπαθής υπογονιμότητα) αποδέχονται την ηθική τους.

Επίσης, από τις γυναίκες νεαρής ηλικίας (μέχρι 30 ετών), οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα δεν αποδέχονται την ηθική των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής σε σχέση με τις γυναίκες της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας οι οποίες την υποστηρίζουν περισσότερο.

Οι γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα λόγω της προηγούμενης εμπειρίας, η απόδειξη γονιμότητας υπάρχει σε διάσταση με την υπάρχουσα. Η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια της κύησης-αποτελέσματος και εστιάζεται στις σχέση εαυτού-συζύγου(ψυχολογικές προϋποθέσεις). Η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται στη βιολογική της βάση και οι γυναίκες παρουσιάζουν τον ψυχολογικό αντίκτυπο αυτής και τη γενική αντιμετώπιση. Η ομάδα υπαγωγής λαμβάνει δυνατά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και δίνεται έμφαση στο ρόλο της μητέρας.

Στην πρωτοπαθή υπογονιμότητα, όπου δεν υπάρχει η προηγούμενη απόδειξη γονιμότητας, η τελευταία λαμβάνει τη βιο-ψυχο-κοινωνική διάσταση και συνδέεται με τη γυναικεία ταυτότητα. Η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται στον κοινωνικό της αντίκτυπο. Παρότι η αιτιολογία της υπογονιμότητας υποστηρίζεται στις προσωπικές επιλογές, οι γυναίκες αυτές αναπαριστούν την υπογονιμότητα ως ιατρική αντιμετώπιση. Η ομάδα υπαγωγής προσλαμβάνεται με θηλυκά, αρνητικά και ώριμα χαρακτηριστικά.

Συνεπώς, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες δευτεροπαθούς υπογονιμότητας περισσότερο αποδέχονται τις μη-ιατρικές λύσεις από ότι οι γυναίκες πρωτοπαθούς υπογονιμότητας.

Σχετικά με το διαχωρισμό των γυναικών ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση, διαπιστώνουμε ότι ενώ οι νοικοκυρές αποδέχονται περισσότερο από τις εργαζόμενες τους κοινωνικούς κανόνες προγεννητισμού, εν τούτοις αποδέχονται λιγότερο το γεγονός της νόμιμης και θεμιτής χρήσης των ξένων γαμετών.

Σε ένα άλλο επίπεδο παρατηρούμε ότι ενώ οι νεαρές γυναίκες αποδέχονται περισσότερο τις κοινωνικές αξίες περί οικογένειας και γονεϊκού ρόλου, εν τούτοις η εμπειρία της εγκυμοσύνης διαφοροποιεί τον τρόπο πρόσληψης του ηθικού κανόνα των νέων μεθόδων αναπαραγωγής (οι γυναίκες με πρωτοπαθή υπογονιμότητα τον αποδέχονται περισσότερο).

Ο τέταρτος άξονας ερωτήσεων εστιάζεται στην αναπαράσταση κοινωνίας, δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες προσλαμβάνουν τη θέση της κοινωνίας γύρω από τα θέματα της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι δύο παράγοντες οι οποίοι προκύπτουν είναι της Αρνητικής Πρόσληψης της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και αυτός της Μη-Ιατρικής Πρόσληψης της Υπογονιμότητας, ο οποίος υποστηρίζει ότι το άγχος αποτελεί την αιτία του προβλήματος της υπογονιμότητας καθώς και την εναλλακτική της υιοθεσίας.

Όσο αφορά τον παράγοντα της αρνητικής πρόσληψης της εξωσωματικής γονιμοποίησης, διαπιστώνεται ότι η διαφοροποίηση παρουσιάζεται στην περίπτωση της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας στην οποία οι νοικοκυρές αποδέχονται την αρνητική θέση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση σε σχέση με τις εργαζόμενες.

Συνεπώς παρατηρείται ότι όσο αποδέχονται τις αξίες προγεννητισμού ως κοινωνική ένταξη οι νοικοκυρές χωρίς εμπειρία εγκυμοσύνης, τόσο αποδέχονται την αρνητική θέση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Σχετικά με τους παράγοντες αναπαράστασης κοινωνίας, οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους έδειξαν ότι η μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας συνδέεται με την αρνητική θέση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Με άλλα λόγια, όσο αποδέχονται τη μη-ιατρική αντιμετώπιση της υπογονιμότητας από την κοινωνία, δηλαδή την υιοθεσία και ότι το άγχος αποτελεί την αιτία της υπογονιμότητας, τόσο αποδέχονται ότι η κοινωνία προσλαμβάνει αρνητικά τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης, της πιο διαδεδομένης μεθόδου αναπαραγωγής. Παράλληλα, όσο οι κοινωνικοί κανόνες προγεννητισμού γίνονται αποδεκτοί, τόσο αποδέχονται και την ηθική πλευρά των νέων μεθόδων/τεχνολογιών αναπαραγωγής.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής με τη λιγότερο αρνητική θέση της κοινωνίας για τις πρακτικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Παράλληλα, όσο οι κοινωνικοί κανόνες προγεννητισμού ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης γίνονται αποδεκτοί, τόσο προσλαμβάνεται η κοινωνία να παρουσιάζει την μη-ιατρική πλευρά της υπογονιμότητας.

Διαπιστώνεται ότι για τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης, όταν αποδέχονται τους κοινωνικούς κανόνες περί οικογένειας και γονεϊκού ρόλου, τόσο υποστηρίζουν τη δοξασία περί δικαίου

κόσμου, δεν αποδέχονται το γεγονός ότι οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής ακολουθούν τις ηθικές αξίες της κοινωνίας, ότι η προσφυγή σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι επιθυμητή και τη νόμιμη χρήση των ξένων γαμετών. Οι γυναίκες προσλαμβάνουν την ομάδα υπαγωγής τους στο πλαίσιο της θηλυκής και κοινωνικής ταυτότητάς τους, δηλαδή ως μητέρες και βάση οικογένειας.

Από την άλλη πλευρά, όσο λιγότερο αποδέχονται τους κοινωνικούς κανόνες ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης τόσο αποδέχονται τις αρνητικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα και επίσης αποδέχονται περισσότερο τη θετική πρόσληψη της κοινωνίας για τη χρήση των νέων πρακτικών και μεθόδων αναπαραγωγής. Οι γυναίκες προβάλλουν τις προσωπικές επιλογές ως πρόσληψη της υπογονιμότητας, προσπαθώντας να δώσουν την αιτία του προβλήματος αυτού, όπως αποτελεί και η δοξασία του δικαίου κόσμου για τις γυναίκες της προηγούμενης παραγράφου.

Με άλλα λόγια, όσο οι γυναίκες προσλαμβάνουν την υπογονιμότητα ως τιμωρία για τις πράξεις του παρελθόντος, γεγονός το οποίο ενισχύεται από την αποδοχή των κοινωνικών κανόνων και του ρόλου των γυναικών, τόσο προσλαμβάνουν την αρνητική θέση της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής στις οποίες έχουν καταφύγει και χρησιμοποιούν εφόσον έχουν ήδη απευθυνθεί σε κάποιο Τμήμα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, γεγονός ιδιαίτερα συγκρουσιακό.

Από την άλλη πλευρά, όσο απομακρύνονται από τις θέσεις κοινωνίας και αποδέχονται ότι η υπογονιμότητα επικεντρώνεται στις προσωπικές επιλογές, τόσο φαίνεται ότι οι γυναίκες ασκούν έλεγχο στη ζωή τους αποδεχόμενες την αιτιολογία στην ευθύνη τους και παράλληλα προσλαμβάνουν τη θετική θέση της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής.

Ε.7 ΕΥΘΥΝΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΑΤΟΜΟ-ΖΕΥΓΑΡΙ

Στην ερώτηση για το ποιος ευθύνεται για την υπογονιμότητα, οι απαντήσεις θα μας δώσουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών προσλαμβάνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Είναι ένα καθαρά προσωπικό ζήτημα ή αφορά το ζευγάρι και με ποιο τρόπο.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι κωδικοποιημένες απαντήσεις των γυναικών στην αιτιολόγησης της απάντησης για την ευθύνη της υπογονιμότητας καθώς και η στατιστική παρουσίαση των απαντήσεων αυτών.

Πίνακας 101: Κατανομή συχνοτήτων απαντήσεων-κατηγοριών ατομικής ευθύνης

	Συχνότητα	Ποσοστό
<i>Ποιος έχει το πρόβλημα</i>	7	23,3
<i>Συνήθως Ποιος έχει το πρόβλημα</i>	10	33,3
<i>Αποδόσεις-αίτια</i>	6	20,0
<i>Αναφορά στην περίπτωση τους</i>	4	13,3
<i>Το πρόβλημα όμως είναι κοινό</i>	3	10,0
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 102: Κατανομή συχνοτήτων απαντήσεων-κατηγοριών ευθύνης ζευγαριού

	Συχνότητα	Ποσοστό
<i>Ατομική ευθύνη αλλά κοινό το πρόβλημα</i>	10	18,5
<i>Συχνότητα, κοινή ευθύνη</i>	10	18,5
<i>Κοινή απόφαση, προσπάθεια και πρόβλημα</i>	17	31,5
<i>Αιτία</i>	9	16,7
<i>Αναφορά στην περίπτωση τους</i>	4	7,4
<i>Άλλο</i>	4	7,4
Σύνολο	54	100,0

Κατηγορίες απαντήσεων για την ατομική ευθύνη

1. Ποιος έχει το πρόβλημα

- (69) Μπορεί κάποιος από τους δύο να έχει σοβαρό πρόβλημα
 (79) Εάν δεν έχουν και οι δύο πρόβλημα αλλά μόνο ο ένας από τους δύο συζύγους.
 (124) Εξαρτάται ποιος έχει το πρόβλημα, μπορεί ο ένας μπορεί και οι δύο
 (134) Αναλόγως ποιος έχει το πρόβλημα
 (148) Πιστεύω ότι ευθύνεται ένας από τους δύο.

2. Συνήθως ποιος έχει το πρόβλημα

- (12) Περισσότερες οφείλονται στο ένα από τα δύο άτομα του ζευγαριού
 (28) Συνήθως ένας από το ζευγάρι έχει μεγαλύτερο πρόβλημα
 (35) Συνήθως το πρόβλημα της μη γονιμότητας είναι ατομικό
 (51) Συνήθως η έλλειψη γονιμότητας υπάρχει όταν ένα από τα δύο μέλη έχει κάποιο πρόβλημα, σπανίως πιστεύω και τα δύο
 (70) Συνήθως ο ένας έχει το πρόβλημα χωρίς να είναι ασύμμετρο
 (123) Συνήθως ο ένας έχει το πρόβλημα σπάνια σαν ζευγάρι.

3. Αποδόσεις-αίτια

- (16) Η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα ιατρικής φύσης ως πούμε, οπότε συνήθως ευθύνεται το άτομο. Αν και δεν μπορούμε να πούμε ότι «ευθύνεται», τον θεωρώ λάθος όρο γιατί ούτε και το ίδιο το άτομο θα ήθελε να συμβεί αυτό
 (36) Διαπιστωμένοι ιατρικοί λόγοι
 (42) Έπειδή κάποιος από τους δύο θα έχει κάποιο οργανικό πρόβλημα.
 (49) Το άτομο: λόγω προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν σε κάθε άτομο χωριστά
 (54) Το κάθε άτομο στο παρελθόν μπορεί να είχε διάφορα προβλήματα ή να είχε κάνει επεμβάσεις που να οδηγήσαν στην έλλειψη γονιμότητας.
 (68) Γιατί εξαρτάται από την κληρονομικότητα του ατόμου και από τη ζωή που κάνει (υγιεινή ή μη).

4. Αναφορά στην περίπτωση τους

- (2) Πότι το σπέρμα του συζύγου είναι γόνιμο
 (37) Οι εξετάσεις μου
 (48) Ευθύνομαι εγώ γιατί το πρόβλημα το έχω εγώ όχι ο άντρας μου
 (76) Ο σύζυγος λόγω κακής ποιότητας σπέρματος
 (136) Από άποψη βλάβης στο ενδομήτριο
 (142) Πρόβλημα στο Σπέρμα του Άνδρα από ίσως κάποια παιδική ασθένεια, ή κακώς τρόπος διατροφής

5. Το πρόβλημα όμως είναι κοινό

- (39) Ανεξαρτήτου αιτίας όταν υπάρχει πρόβλημα γονιμότητας στο ένα από τους δύο ή και στους δύο πρέπει ο ένας να στηρίζει τον άλλο πάντως
 (43) αλλά πρέπει να ευθύνονται και οι δύο από το στήγμα που ξέρουν που είναι το πρόβλημα.
 (99) Για καθαρά τεχνητούς λόγους αποδίδω την ευθύνη στο άτομο, όμως το πρόβλημα είναι κοινό και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται.
 (146) Αν μπορεί μια γυναίκα να μην μείνει έγκυο ή όχι αφορά αυτήν ατομικά καθώς και αν ένας άντρας είναι ικανός να τεκνοποιήσει αφορά αυτόν. Το πρόβλημα το αντιμετωπίζουν όμως μαζί.

6. Άλλο

- (1) Άε νομίζω ότι ευθύνεται κάποιος
 (26) Έκτιμώ ότι είναι πολύ μικρός ο αριθμός επί της εκατό των ζευγαριών που είναι αντίθετα στην απόκτηση παιδιού.
 (96) Πρέπει το κάθε άτομο να κάνει προγεννητικό έλεγχο

Κατηγορίες απαντήσεων για την ευθύνη του ζευγαριού

1. Ατομική ευθύνη μεν αλλά κοινό το πρόβλημα

- (5) Ακόμη και αν ένας από τους δύο αποδεδειγμένα παρουσιάζει συγκεκριμένο πρόβλημα γονιμότητας είναι θέμα ζευγαριού και αντιμετωπίζει το γεγονός με υπομονή και αγάπη εξετάζοντας τις πιθανές λύσεις χωρίς να σημαίνει ότι η μη λύση αποτρέπει καταστροφή της σχέσης
 (6) Γιατί χρειάζεται και ψυχολογική υποστήριξη αν υπάρχει ένας παθών.
 (14) Ανεξαρτήτως από το πρόβλημα του ενός ή του άλλου ποιο μεγάλο ρόλο παίζει το κλίμα που δημιουργείται στο περιβάλλον του ζευγαριού σύμφωνα με το πώς αντιμετωπίζουν μαζί το πρόβλημα
 (44) Ανεξαρτήτως με το ποιος έχει το οργανικό πρόβλημα (ή μόνο το ψυχολογικό) πιστεύω ότι μόνο με τη συνεργασία και αλληλοσυμπάρσταση του ζεύγους μπορούμε να έχουμε θετικά αποτελέσματα
 (55) Μπορεί να ευθύνεται το άτομο αλλά το ζευγάρι πρέπει να πάρει τις σωστές αποφάσεις που πλέον είναι κοινό
 (66) Πρέπει να υπάρχει συνεργασία και ψυχολογική υποστήριξη ανάμεσα στο ζευγάρι, άσχετα αν ευθύνεται ο ένας από τους δυο του.
 (80) Το πρόβλημα του ενός είναι και πρόβλημα του άλλου
 (106) Γιατί ακόμα και όταν υπάρχει πρόβλημα γονιμότητας στον ένα μόνο πρέπει να αντιμετωπιστεί και από τους δύο θεραπευτικά και ψυχολογικά
 (111) Αν και το πρόβλημα συνήθως είναι του ενός εκ των δύο συντρόφων ο άλλος με τη στάση του μπορεί να βοηθήσει ή όχι στο να ξεπεραστεί ή να βρεθεί η λύση.
 (130) Πιστεύω ότι ανεξαρτήτως από το ποιος έχει το πρόβλημα από τους δύο η ευθύνη είναι συνολική. Το ζευγάρι λειτουργεί ως μια οντότητα.

2. Συχνότητα, κοινή ευθύνη

- (20) Συνήθως σε ένα ζευγάρι δεν ευθύνεται η γυναίκα ή ο άντρας νομίζω ότι είναι 50% ο ένας και 50 % ο άλλος
 (50) Όταν έχουν προβλήματα και οι δύο
 (60) Πότε, σε ένα γάμο και κυρίως στο πρόβλημα ενός παιδιού ευθύνεται το ζευγάρι κατά κύριο λόγο γιατί ίσως να έχουν πρόβλημα, και οι δύο όπου συμβαίνει τις περισσότερες φορές.

- (74) Οι ευθύνες είναι 50-50.
 (75) Αφορά 2 άτομα
 (122) Γιατί τα προβλήματα εντοπίζονται στο ζευγάρι
 (127) Υπάρχει περίπτωση να έχουν πρόβλημα και οι δύο
 (138) Από ότι γνωρίζω μετά την εμπειρία που είχα η έλλειψη γονιμότητας μπορεί να οφείλεται και στους δύο για διαφορετικούς λόγους ή στον ένα από τους δύο.
 (158) Πιστεύω ότι για την αστόκτηση ενός παιδιού ευθύνονται και οι δύο σύζυγοι.
 (160) Πρόβλήματα και οι δύο.

3. Κοινή απόφαση, προσπάθεια και πρόβλημα

- (8) Είναι απόφαση κοινή, κοινές οι προσπάθειες αλλά και οι ευθύνες
 (9) Συντροφικότητα, κατανόηση, σεβασμός στο πρόβλημα
 (30) Ψυχολογική στήριξη και από τις δυο μεριές-κοινός στόχος και υλοποίησή του αν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις
 (34) Η έλλειψη γονιμότητας είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει από κοινού το ζευγάρι και από κοινού αντιμετωπίζεται
 (83) Το πρόβλημα της γονιμότητας είναι κοινό
 (84) Απάντησα το ζευγάρι αν και στην ουσία δεν ευθύνεται κανείς από τα δύο (ερωτήματα) γιατί οι συνέπειες είναι εκείνες που βαρύνουν και τους δύο τελικά στην πορεία όταν υπάρχει αυτή η έλλειψη.
 (92) Τα παιδιά δεν είναι υπόθεση του ενός
 (101) Το παιδί γίνεται με δύο άτομα όχι με ένα
 (125) Πάντα σε κάθε πρόβλημα την ευθύνη την έχουν και οι δύο
 (110) Διότι μπορεί να υπάρχει αντισημιατότητα διότι «έσονται σάρκες δύο εις σάρκα μίαν».
 (114) Είναι πράξη που απαιτεί κοινή προσπάθεια.
 (131) Για να γεννηθεί ένα παιδί χρειάζονται και οι δύο γονείς άρα το πρόβλημα το έχουν και οι δύο.
 (140) Και έσονται οι δύο εις σάρκα μίαν
 (143) Η γονιμοποίηση γίνεται και από τους δύο
 (144) Αν μεν η αιτία είναι ψυχολογική τότε η ισορροπία στη σχέση του ζευγαριού είναι καθοριστική. Σε διαφορετική περίπτωση η ευθύνη μπορεί να βαρύνει οποιονδήποτε από τους δύο ή και τους δύο. Ωστόσο αποτελεί κοινό πρόβλημα.
 (149) Χωρίς να έχω ιατρικές γνώσεις, πιστεύω ότι το ζευγάρι λειτουργεί σαν ένα άτομο και με τη βοήθεια του γιατρού μπορεί να καταφέρει πάρα πολλά
 (161) Έφρσον επιθυμεί το ζευγάρι να ολοκληρώσει συνειδητά την «ύπαρξή» του θα πρέπει να υπάρχει εσωτερικό μοίρασμα ευθυνών.

4. Αιτία

- (40) Υπάρχουν παράγοντες που επιδρούν αρνητικά και στα δύο φύλα.
 (71) Το ζευγάρι λόγω άγχους και στρες και διάφορα προβλήματα οδηγούν στην έλλειψη γονιμότητας
 (73) Λόγω αυξημένου άγχους καθημερινότητας
 (77) Ήδη σε μεγαλύτερες ηλικίες από ότι στο παρελθόν με αποτέλεσμα μικρότερη πιθανότητα γονιμότητας.
 (91) Είναι τόσο πολλοί οι παράγοντες της υπογονιμότητας που πολλές φορές και η ίδια επιστήμη δεν μπορεί να προσδιορίσει ακριβώς τα αίτια
 (94) Άγχος του ζευγαριού (έμμονη ιδέα η απόκτηση παιδιού).
 (150) Συνήθως τα αίτια είναι στον ίδιο τον οργανισμό ή και ψυχολογικά πράγμα που επηρεάζει και τους δύο και σίγουρα και οι δύο έχουν μέρος της ευθύνης.
 (162) Κακός τρόπος ζωής περιβαλλοντικές συνθήκες
 (164) Πιστεύω ότι ευθύνονται και τα δύο άτομα. Τσως από άποψη κληρονομικότητας ή αιτίες όπως το άγχος που δεν σε αφήνει ελεύθερο για να αποδώσεις.

5. Αναφορά στην περίπτωση τους

- (18) Γιατί έχουμε και οι δύο πρόβλημα
 (82) Για την έλλειψη γονιμότητας ευθύνονται και οι δύο γιατί και στους δύο υπήρχε πρόβλημα
 (104) Γιατί εκτός από το υπαρκτό πρόβλημα που υπάρχει στον ένα από τους δύο, μας έχει κυριεύσει άγχος.
 (118) Πριν 8 χρόνια έκανα ένα παιδί ενώ προσπαθούσα σχεδόν 3 χρόνια πριν ποτέ δεν ελέχθηκε η περίπτωση του συζύγου μετά τη δεύτερη προσπάθεια 7 χρόνων ανακαλύψαμε το πρόβλημα του συζύγου. Βέβαια οι λόγοι κυρίως στη γυναίκα μπορεί να είναι ψυχογενείς.

6. Άλλο

- (29) Ναι, γιατί κανονικά θα έπρεπε να κάνεις έλεγχο γονιμότητας πριν προχωρήσει στο γάμο.
 (62) Η έλλειψη γονιμότητας πρέπει να αποδίδεται και να εντοπίζεται η αιτία για να βρεθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση/λύση.
 (137) Ανεξάρτητα του παθολογικού παράγοντα, χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη
 (156) Όταν δεν υπάρχει αγάπη συνεννόηση και καλή επικοινωνία.

Απαντήσεις χωρίς τοποθέτηση

- (19) Μπορεί να γταίει ο ένας ή και οι δύο
 (25) Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί α ή μπορεί να ισχύει το β
 (27) η Φύση
 (31) Ισχύουν και τα δύο πιστεύω. Άλλες φορές γταίει το άτομο ή το ζευγάρι μαζί.
 (33) Δεν το γνωρίζω ίσως και οι δύο
 (47) αναλόγως μπορεί να είναι και ατομικό το πρόβλημα μπορεί να οφείλεται και στους δύο.
 (61) Έξαρτάται από κάποιο πρόβλημα υγείας που τυχόν θα προκύψει.
 (87) Έξαρτάται από την περίπτωση
 (120) Κάποιος έχει πρόβλημα από τους δύο ή και οι δύο
 (132) Ανάλογα με την περίπτωση. Πάντως είναι θέμα ζευγαριού
 (145) Το άτομο χωριστά και μαζί μέσα στο ζευγάρι

Πίνακας 103: Κατανομή Συχνότητας Ευθύνης Υπογονιμότητας και Προβλήματος

	Πρόβλημα στη Γυναίκα	Πρόβλημα στον Άντρα	Πρόβλημα και στους δύο	Σύνολο
Ατομική Ευθύνη	24	16	6	46
	52,2%	34,8%	13,0%	100,0%
	48%	38,1%	15%	34,8%
Ευθύνη Ζευγαριού	26	26	34	86
	30,2%	30,2%	39,5%	100,0%
	52%	61,9%	85%	65,2%
Σύνολο	50	42	49	132
	37,9%	31,8%	30,3%	100,0%
	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2=10,945, p=0,004$$

Παρατηρούμε ότι από τις γυναίκες που προσλαμβάνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας ως ατομική ευθύνη, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων, το 52,2% προέρχεται από τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν οι ίδιες το πρόβλημα της υπογονιμότητας, το 34,8% από τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα ενώ το 13% από τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την από κοινού υπογονιμότητα. Οι γυναίκες οι οποίες προσλαμβάνουν την υπογονιμότητα ως ευθύνη του ζευγαριού το 30,2% το πρόβλημα εστιάζεται στη γυναίκα, το 30,2% το πρόβλημα εστιάζεται στον άντρα και το 39,5% εστιάζεται και στους δύο. Συνεπώς παρατηρούμε ότι στην περίπτωση που το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κοινό, αποδίδεται ατομική ευθύνη κατά το 13%. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, περισσότερο θεωρούν ότι είναι ευθύνη του ζευγαριού παρά ατομική ευθύνη.

Συνεπώς, παρατηρούμε ότι η αξιολόγηση και η απόδοση της ευθύνης για την υπογονιμότητα δεν γίνεται με ένα και μοναδικό τρόπο. Η αντικειμενική πραγματικότητα-δηλαδή η εμφάνιση προβλήματος μόνο στη γυναίκα ή στον άντρα-δεν προσλαμβάνεται σε όλες τις περιπτώσεις όπως έχει. Από τις απαντήσεις οι οποίες φέρουν την αιτιολόγηση της απάντησής τους στο ερώτημα ποιος ευθύνεται για την υπογονιμότητα, μπορεί κανένας να παρατηρήσει ότι γίνεται διαχωρισμός της ευθύνης και της φύσης του προβλήματος. Η κοινή προσπάθεια του ζευγαριού παραπέμπει στην πρόσληψη του ζευγαριού ως μια “οντότητα” ή “προσωπικότητα” εστιάζοντας στην ψυχολογική πλευρά της υπογονιμότητας. Η πρόσληψη του εαυτού (γυναίκα) και του άλλου (συζύγου-συντρόφου) σαφώς παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό του “χώρου”, κατά κάποιο τρόπο, όπου λειτουργούν οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών. Η εξατομικευμένη προσέγγιση της υπογονιμότητας σχετίζεται περισσότερο με την απόδοση ιατρικών αιτιών ενώ η προσέγγιση “ζευγαριού”

σχετίζεται περισσότερο με τις κοινές συνέπειες, με την αποδοχή του κοινωνικού κανόνα ότι τα παιδιά είναι υπόθεση του ζευγαριού αλλά και του θρησκευτικού κανόνα “και έσονται σάρκες δύο εις σάρκα μίαν”.

Στην περίπτωση της ατομικής ευθύνης, η γονιμότητα λαμβάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό την έννοια των ψυχολογικών προϋποθέσεων, του ψυχολογικού παράγοντα και της φύσης-γη, η υπογονιμότητα την έννοια του ψυχολογικού παράγοντα, του κοινωνικού στίγματος (ατεκνία, μειονεξία) και των προσωπικών επιλογών ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο δυναμικές, συναισθηματικές και με ρόλο μητέρας και συζύγου.

Σε σχέση με την κατηγοριοποίηση των γυναικών ανάλογα με το ποιος έχει το πρόβλημα, η ατομική ευθύνη παρουσιάζεται σε μικρό ποσοστό στην κοινή υπογονιμότητας. Στη συνθήκη της γυναικείας υπογονιμότητας, η γονιμότητα προσλαμβάνεται περισσότερο με όρους της οικογένειας και της ολοκλήρωσης και οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο αρνητικές ενώ στην ανδρική υπογονιμότητα, η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια από τον ψυχολογικό παράγοντα, τις ψυχολογικές προϋποθέσεις της γονιμότητας και τα βιολογικά στοιχεία ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο ώριμες, με έμφαση στη γυναικεία ταυτότητα και στο ρόλο ως μητέρα. (Πίνακες 104, 105)

Πίνακας 104: Κατανομή Συχνότητας Στοιχείων Γονιμότητας ανά Ατομική Ευθύνη και Πρόβλημα								
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΟΙΝΟ		Σύνολο	
		% στη λ		% στη λ		% στη λ		% στη λ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
Δημιουργία	0	0%	1	4,8	0	0	1	2,1
Θεϊκή Διάσταση	0	0	0	0	0	0	0	0
Κύηση-Γέννηση	3	13	2	9,5	0	0	5	10,4
Φύση-γη	3	13	2	9,5	0	0	5	10,4
Οικογένεια	5	21,7	1	4,8	1	25	7	14,6
Ψυχολογικός Παράγοντας	1	4,3	4	19	2	50	7	14,6
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	4	17,4	2	9,5	1	25	7	14,6
Γυναικεία ταυτότητα	0	0	0	0	0	0	0	0
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	0	17,4	4	19	0	0	8	16,7
Ενημέρωση	4	17,4	0	0	0	0	0	0
Υγεία	0	1,4	1	4,8	0	0	1	2,1
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	1	4,3	4	19	0	0	5	10,4
Ηλικία	0	0	0	0	0	0	0	0
Αρνητικοί παράγοντες	2	8,7	0	0	0	0	2	4,2
Σύνολο	23		21		4		48	

Πίνακας 105: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναίκων ανά Ατομική Ευθύνη και Πρόβλημα								
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΟΙΝΟ		ΣΥΝΟΛΟ	
		% στηλη		% στηλη		% στηλη		% στηλη
Θύματα Ψαλπίσεως	1	1,9	0	0	0	0	1	1
Ενεργητικά Δυναμικές	21	39,6	11	34,4	6	50	38	39,2
Θηλυκές	2	3,8	4	12,5	0	0	6	6,2
Αρνητικές	7	13,2	1	3,1	0	0	8	8,2
Ωριμες	0	0	5	15,6	0	0	5	5,2
Συναισθηματικές	16	30,2	5	15,6	5	41,7	26	26,8
Ρόλος στην οικογένεια	1	1,9	0	0	0	0	1	1
Ρόλος της μητέρας	3	5,7	4	12,5	1	8,3	8	8,2
Ρόλος συζύγου	2	3,8	1	3,1	0	0	3	3,1
Ιερότερο πλάσμα	0	0	0	0	0	0	0	0
Παρέα	0	0	0	0	0	0	0	0
Επαγγελματίες	0	0	1	3,1	0	0	1	1
Επιστήμονες	0	0	0	0	0	0	0	0
Άνθρωπος	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	53		32		12		97	

Στην περίπτωση της ευθύνης του ζευγαριού, η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια των βιολογικών στοιχείων και διαδικασιών, η υπογονιμότητα τα ιατρικά αίτια και την έλλειψη ολοκλήρωσης ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο ώριμες και με ρόλο στην οικογένεια.

Στη συνθήκη της γυναικείας υπογονιμότητας, η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια των βιολογικών στοιχείων, της ολοκλήρωσης του γονεϊκού ρόλου, των ψυχολογικών προϋποθέσεων της γονιμότητας και του ψυχολογικού παράγοντα, η υπογονιμότητα την έννοια του ψυχολογικού παράγοντα, της γενικής αντιμετώπισης, ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται δυναμικές με έμφαση στη γυναικεία ταυτότητα και στο ρόλο ως βάση οικογένειας και συζύγου. Στη συνθήκη της ανδρικής υπογονιμότητας, η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια της κύησης-γέννησης και της οικογένειας, η υπογονιμότητα της στειρότητας των ιατρικών αιτιών και της ατεκνίας ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται δυναμικές, ώριμες με ρόλο μητέρας. Οι γυναίκες στη συνθήκη της κοινής υπογονιμότητας χαρακτηρίζονται περισσότερο αρνητικές και συναισθηματικές. (Πίνακες 106, 107, 108)

Πίνακας 106: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Γονιμότητας ανά Ευθύνη Ζευγαριού και Πρόβλημα								
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΟΙΝΟ		Σύνολο	
		% στηλ		% στηλ		% στηλ		% στηλ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
Δημιουργία	0	0%	3	10,0	2	4,8	5	4,1
Θεϊκή Διάσπαση	0	0	1	3,3	3	7,1	4	3,3
Κρήση-Τέννηση	2	3,9	8	26,7	3	7,1	13	10,6
Φύση-γη	1	2	0	0	3	7,1	4	3,3
Οικογένεια	3	5,9	7	23,3	4	9,5	14	11,4
Ψυχολογικός Παράγοντας	7	13,7	0	0	5	11,9	12	9,8
Ολοκλήρωση γονεϊκού ρόλου	10	19,6	1	3,3	6	14,3	17	13,8
Γυναικεία ταυτότητα	1	2	1	3,3	2	4,8	4	3,3
Ψυχολογικές προϋποθέσεις	9	7,6	2	6,7	1	2,4	12	9,8
Ενημέρωση	1	2	0	0	0	0	1	0,8
Υγεία	1	2	1	3,3	5	11,9	7	5,7
Βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες	14	27,5	6	20	8	19	28	22,8
Ηλικία	2	3,9	0	0	0	0	2	1,6
Αρνητικοί παράγοντες	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	51		30		42		123	

Πίνακας 107: Κατανομή Συχνοτήτων Στοιχείων Υπογονιμότητας Ευθύνη Ζευγαριού και Πρόβλημα								
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΟΙΝΟ		Σύνολο	
		% στηλ		% στηλ		% στηλ		% στηλ
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ								
Έλλειψη ολοκλήρωσης	1	3,2	0	0	4	10	5	5,5
Ψυχολογικός Παράγοντας	12	38,7	3	15	15	37,5	30	33
Αντιμετώπιση-Γενικά	3	9,7	0	0	0	0	3	3,3
Ιατρική Αντιμετώπιση	1	3,2	0	0	4	10	5	5,5
Εναλλακτικές	2	6,5	0	0	0	0	2	2,2
Ιατρικά Αίτια	2	6,5	5	25	7	17,5	14	15,4
Στείριότητα	4	12,9	6	30	4	10	14	15,4
υπογονιμότητα	2	6,5	2	10	1	2,5	5	5,5
Υπογεννητικότητα	0	0	0	0	1	2,5	11	1,1
Άτεκνος, άγονος...	1	3,2	3	15	1	2,5	5	5,5
Ανάπηρος, μειονεξία...	0	0	0	0	1	2,5	1	1,1
Γενικοί Παράγοντες	2	6,5	0	0	0	0	2	2,2
Κοινωνική πλευρά	0	0	1	5	2	5	3	3,3
Προσωπικές Επιλογές	1	3,2	0	0	0	0	1	1,1
Σύνολο	31		20		40		91	

Πίνακας 108: Κατανομή Συχνοτήτων Χαρακτηριστικών Γυναικών ανά Ευθύνη Ζευγαριού και Πρόβλημα

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΤΡΑΣ		ΚΟΙΝΟ		ΣΥΝΟΛΟ	
		% στήλη		% στήλη		% στήλη		% στήλη
Θύματα Καταπίεσης	1	1,5	1	1,6	2	2,5	4	1,9
Ενεργητικά Δυναμικές	26	40	25	40,3	23	29,1	74	35,9
Θηλυκές	7	10,8	2	3,2	4	5,1	13	6,3
Αρνητικές	4	6,2	2	3,2	12	15,2	18	8,7
Ωριμες	2	4,6	6	9,7	7	8,9	16	7,8
Συνασθηματικές	14	21,5	11	17,7	23	29,1	48	23,3
Ρόλος στην οικογένεια	4	6,2	1	1,6	1	1,3	6	2,9
Ρόλος της μητέρας	1	1,5	7	11,3	3	3,8	11	5,3
Ρόλος συζύγου	3	4,6	1	1,6	1	1,3	5	2,4
Ιερότερο πλάσμα	1	1,5	1	1,6	0	0	2	1
Παρέα	1	1,5	0	0	1	1,3	2	1
Επαγγελματίες	0	0	2	3,2	1	1,3	3	1,5
Επιστήμονες	0	0	1	1,6	1	1,3	2	1
Άνθρωπος	0	0	2	3,2	0	0	2	1
Σύνολο	65		62		79		206	

Συμπερασματικά, στην ατομική ευθύνη, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα είναι πιο αρνητικές ενώ η δημιουργία αλλά και ο γονεϊκός ρόλος φαίνεται να φιλτράρουν την έννοια της γονιμότητας. Πρόκειται για την κοινωνική διάσταση της πρόσληψης της γονιμότητας. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα τονίζουν το ρόλο της μητέρας (κοινωνική ταυτότητα) και τη γυναικεία ταυτότητα και παρουσιάζονται πιο ώριμες (θετική αξιολόγηση) ενώ η βιοψυχολογική διάσταση φαίνεται ότι αποτελεί το φίλτρο πρόσληψης της γονιμότητας.

Στην ευθύνη ζευγαριού, οι γυναίκες της γυναικείας υπογονιμότητας τονίζουν τη βιο-ψυχο-κοινωνική διάσταση της γονιμότητας, τονίζουν τον ψυχολογικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας και χαρακτηρίζονται δυναμικές και ώριμες (θετική αξιολόγηση) με την προσωπική και την κοινωνική ταυτότητά τους (γυναικεία ταυτότητα, βάση οικογένειας-συζύγου). Οι γυναίκες της ανδρικής υπογονιμότητας, παρουσιάζονται ώριμες (θετική αξιολόγηση) και με ρόλο μητέρας (κοινωνική ταυτότητα) ενώ η γονιμότητα προσλαμβάνει τη σημασία της μέσα από το πρίσμα της κύησης και της οικογένειας (κοινωνική διάσταση της γονιμότητας). Η υπογονιμότητα στην τελευταία συνθήκη λαμβάνει τη σημασία της μέσα από τον κοινωνικό αντίκτυπο της ατεκνίας, υποστηρίζοντας τη βιολογική βάση της και δίνοντας τον παλιό χαρακτηρισμό της υπογονιμότητας, τη στειρότητα.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που δέχονται την ευθύνη του ζευγαριού και αυτές που δέχονται την ατομική ευθύνη αλλά το πρόβλημα εστιάζεται στον άντρα, η αξιολόγηση για την κατηγορία των γυναικών είναι πιο θετική. Η πλήρης συνεπώς αποδοχή της ευθύνης σε ατομικό επίπεδο πυροδοτεί την αρνητική κατηγοριοποίηση της ομάδας γυναικών. Όταν αποστασιοποιείται η αποδοχή της ευθύνης (ατομική ευθύνη-ανδρική υπογονιμότητα) ή μοιράζεται (ευθύνη ζευγαριού) τότε πυροδοτεί θετική αξιολόγηση της κατηγορίας γυναικών παρουσιάζοντας την γυναικεία ταυτότητα και την κοινωνική ταυτότητα των γυναικών.

Ο κοινωνικός ρόλος της μητέρας παρουσιάζεται περισσότερο στη συνθήκη της ανδρικής υπογονιμότητας είτε στην ατομική είτε στην ευθύνη ζευγαριού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός του καταληκτικού μέρους του διδακτορικού αποτελεί η σύνοψη των κυριότερων σημείων της εργασίας και των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Από την αρχή της ανθρωπότητας είναι γνωστή η υπογονιμότητα, ως στειρότητα, αλλά το κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της αναπαραγωγικής επιλογής έχει διαφοροποιηθεί κατά τον τελευταίο αιώνα. Όπως αναφέρουν οι Burns & Covington (2002), ενώ τα ποσοστά υπογονιμότητας παραμένουν τα ίδια εδώ και έναν αιώνα, η χρήση και η διαθεσιμότητα των θεραπειών για την υπογονιμότητα έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά. Τώρα, οι πολιτισμικές και κοινωνικές πιέσεις που αντιμετωπίζει το άτεκνο ζευγάρι δεν είναι μόνο συνέπεια της ατεκνίας τους, αλλά και για να χρησιμοποιήσουν τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Το θέμα της υπογονιμότητας έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και θεωρητικούς διαφορετικών κατευθύνσεων όπως της ιατρικής, της νομικής, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, του φεμινισμού, της φιλοσοφίας, κλπ. Τα θέματα που καλύπτει το φάσμα της υπογονιμότητας είναι πολλά και στη σημερινή εποχή περισσότερο πολύπλοκα εξαιτίας της εμπλοκής της ιατρικής-μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής-στην επίλυση του προβλήματος αυτού. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται ότι το θέμα της υπογονιμότητας καλύπτει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών, των συντρόφων τους, της κοινωνίας και της ιατρικής. Παράλληλα όμως, το παράδειγμα που υιοθετούν οι περισσότερες έρευνες είναι αυτό του παθητικού δέκτη του υπογόνιμου ατόμου των επιπτώσεων και των συνεπειών της υπογονιμότητας. Αυτό που φαίνεται να εξαιρείται από τις μελέτες είναι η «φωνή» του δρώντος υποκειμένου το οποίο αλληλεπιδρά με το κοινωνικό περιβάλλον και συμμετέχει στο «κοινωνικό γίγνεσθαι».

Είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι η ψυχολογική έρευνα για τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας αλλά και των διαδικασιών της εξωσωματικής γονιμοποίησης στο υπογόνιμο ζευγάρι -κυρίως στη γυναίκα- ανθίζει πολλές δεκαετίες. Όμως δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες οι οποίες να παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα υπογόνιμα άτομα διαμορφώνουν και αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υπογονιμότητας και επαναπροσδιορίζουν τη θέση τους στο κοινωνικό χώρο. Η μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών φιλοδοξεί να αποτελέσει την ερμηνευτική βάση των κλινικών ερευνών διερευνώντας την πραγματικότητα της σχέσης των γυναικών αυτών με την υπογονιμότητας και

μέσω αυτής με την κοινωνία. Στο σημείο δε αυτό εντοπίζεται και η πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας για τον ελληνικό χώρο.

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα πεδίο το οποίο προσφέρεται για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ της βιολογικής και κοινωνικής τάξης. Η υπογονιμότητα, δεν περιορίζεται μόνο στην οργανική κατάσταση του ανθρώπινου σώματος, το οποίο ορίζεται και αναλαμβάνεται από τον ιατρικό θεσμό. Αποτελεί ένα «ατυχές» γεγονός το οποίο επηρεάζει την κοινωνική μας ένταξη. Συνεπώς δεν είναι απλά ένα βιολογικό γεγονός αλλά μια κοινωνική εμπειρία η οποία σημασιοδοτεί τη σχέση του ατόμου με την κοινωνία.

Στην προσωπική εμπειρία της υπογονιμότητας, η κοινωνική πραγματικότητα ενσωματώνεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος σχετίζεται με την αποδοχή του ιδεατού κανόνα της οικογενειακής ζωής. Η διερεύνηση συνεπώς της κοινωνικής σημασίας των αξιών για την οικογένεια και την απόκτηση παιδιού συνδέονται άρρηκτα με τη συσχέτιση της γονιμότητας του ζευγαριού και την ένταξή του στους κόλπους της κοινωνίας. Ο δεύτερος αφορά τον αντίκτυπο που έχει η ανάμειξη κάποιων τμημάτων της στην αναπαραγωγική διαδικασία και πιο συγκεκριμένα η ιατρική με την παροχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, της κύριας μεθόδου αναπαραγωγής, δεν οδηγεί στην εξάλειψη των αιτιών της υπογονιμότητας αλλά πρόκειται για μια θεραπεία με την οποία η γυναίκα οδηγείται στην εγκυμοσύνη. Η εμπλοκή της επιστήμης οδηγεί και στην πίεση αποδοχής της γνώμης των ειδικών και των θεραπευτικών επεμβάσεων για τη δημιουργία του παιδιού. Συνεπώς, η υπογονιμότητα του ζευγαριού δεν αποτελεί γεγονός της μοίρας ή της φύσης –όπως πιστευόταν- αλλά δική τους ευθύνης μέσω της αποδοχής ή της απόρριψης της διαθέσιμης επιστημονικής συμβολής. Και βέβαια ενώ το αποτέλεσμα των επεμβάσεων παραμένει κοινωνικά αποδεκτό, δηλαδή η απόκτηση του παιδιού, το βάρος των επεμβατικών θεραπειών επωμίζονται κυρίως οι γυναίκες.

Συνεπώς, τα ερωτήματα που προκύπτουν αρχικά στην παρούσα έρευνα είναι α) ποια αναπαράσταση έχουν τα υπογόνιμα άτομα για την υπογονιμότητα και β) ποία η αναπαράσταση της ιατρικής-νέων μεθόδων τεκνοποίησης/αναπαραγωγής (εξωσωματική γονιμοποίηση).

Η έρευνα απευθύνθηκε σε γυναίκες υπογόνιμων ζευγαριών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείουμε το «λόγο των αντρών». Ο πρώτος λόγος της επιλογής της ομάδας αυτής υποκειμένων είναι το γεγονός ότι οι κοινωνικοί και οι πολιτιστικοί θεσμοί δίνουν περισσότερη έμφαση στη σημαντικότητα της μητρότητας για το

γυναικείο ρόλο καθιστώντας το γονεϊκό ρόλο πιο κεντρικό στην ταυτότητα της γυναίκας από ότι στον άντρα. Η μητρότητα αποτελεί θεμελιώδες συστατικό του γάμου και τον αντιλαμβάνονται ως αναγκαία κοινωνική σχέση. Ο δεύτερος λόγος εστιάζεται στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών επεμβάσεων το επωμίζονται οι γυναίκες αλλά και του γεγονότος ότι το κοινωνικό στίγμα, ανεξάρτητα της αιτιολογίας της υπογονιμότητας, ακολουθεί τις γυναίκες. Ο τρίτος λόγος είναι περισσότερο πρακτικός και σχετίζεται με το γεγονός ότι οι άντρες των υπογόνιμων ζευγαριών αντιδρούν με περισσότερη επιφυλακτικότητα και είναι αρνητικοί όχι μόνο στη συμμετοχή τους σε ερευνητική διαδικασία αλλά ακόμα και στη διαδικασία των ιατρικών επεμβάσεων.

Επιπρόσθετα, ένας άλλος προσδιοριστικός παράγοντας της επιλογής της ομάδας υποκειμένων είναι η υπογονιμότητα και ταυτόχρονα η επιθυμία απόκτησης παιδιού (αθέλητη ατεκνία ή υπογονιμότητα) η οποία μεταφράζεται με την παραπομπή των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών σε κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με γυναίκες υπογόνιμων ζευγαριών μετά την επιτυχή έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της απόκτησης παιδιού, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με τη βοήθεια της εξωσωματικής και τέλος αυτών των γυναικών που βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Σκοπός ήταν η καταγραφή των πληροφοριών για την υπογονιμότητα, η κατάταξη των πληροφοριών σε θεματικές ενότητες οι οποίες θα έχουν τη δυνατότητα να συσχετιστούν μεταξύ τους με βάση ορισμένους παράγοντες και η ύπαρξη ή μη της διαφοροποιημένης θέσης και αναπαράστασης των γυναικών στις παραπάνω υποκατηγορίες γυναικών που αναφέρθηκαν.

Στις συνεντεύξεις, παρατηρούμε αρχικά ότι η έννοια του παιδιού φαίνεται να είναι κεντρική υπογραμμίζοντας με τον τρόπο αυτό την άμεση σύνδεση της έννοιας της υπογονιμότητας με το «να κάνουν παιδί» και να είναι οικογένεια.

Η βιο-ψυχο-κοινωνική βάση της αιτιολογίας της υπογονιμότητας παρουσιάζεται με τον ταυτόχρονη απόδοση της υπογονιμότητας στην αδικία από τη φύση ή από το Θεό. Η «απόρριψη του να μην είσαι μητέρα» δε, σε επίπεδο ταυτότητας φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό ρόλο και τις προσδοκίες των γυναικών.

Η ατεκνία αναπαρίσταται ως επιθυμία απόκτησης παιδιού ενώ η υπογονιμότητα πρόβλημα το οποίο μπορεί να επιλυθεί με τη βοήθεια της επιστήμης. Η συμπεριφορά απόκλισης (μη απόκτησης παιδιού) συναντάται και στις δύο

περιπτώσεις παρότι ατεκνία προσλαμβάνεται ως μη θέληση (απόκλιση σε επίπεδο επιθυμίας) και ως εκ τούτου ιδιορρυθμία και μη αποδοχή της επιλογής αυτής.

Ο χαρακτηρισμός της ατεκνίας μέσα από τον ορισμό που δόθηκε λαμβάνει την αξιολογητική του σημασία σε σχέση με την υπογονιμότητα. Εν τούτοις, εφόσον η μη απόκτηση παιδιού αποτελεί τις περισσότερες φορές το αποτέλεσμα τόσο της ατεκνίας όσο και της υπογονιμότητας τότε προκύπτει ο προβληματισμός πώς μπορεί να διαπιστωθεί η επιθυμία απόκτησης παιδιού και ποια η βαρύτητα που αυτή έχει στον κοινωνικό χαρακτηρισμό του ατόμου ή του ζευγαριού;

Σχετικά με τις ιατρικές επεμβάσεις και κυρίως με την εξωσωματική γονιμοποίηση, την πιο διαδεδομένη μέθοδο αναπαραγωγής, αυτή αναπαρίσταται ως μέθοδος-λύση η οποία βοηθά στην τεχνητή/μη φυσιολογική σύλληψη και με την οποία γεννιούνται πολλά παιδιά. Η αποδοχή της μεθόδου βέβαια παρουσιάζει διακύμανση η οποία προκύπτει από το γεγονός της πρόσληψής της ως εσχάτη κίνηση ή λαμβάνεται περισσότερο η θετική πλευρά της.

Από την πλευρά της αρνητικής αξιολόγησης, η νέα μέθοδος αναπαραγωγής αναπαρίσταται ως μη φυσιολογική κύηση, του κυκλώματος των γιατρών, των συγκρούσεων στο ζευγάρι και της ψυχοφθόρας, άσχημης, αγχώδους διαδικασίας. Στα πλαίσια της θετικής αξιολόγησής της, η μέθοδος αναπαρίσταται ως επιστημονική λύση με ουσία, με τα μεγάλα ποσοστά στην Ελλάδα και βέβαια με το γεγονός ότι η μέθοδος είναι κάτι νέο και καινούριο.

Εξαιτίας της κυρίαρχης αρνητικής αξιολόγησης για τις νέες μεθόδους αναπαραγωγής, η στάση των γυναικών είναι αρνητική δηλώνοντας ότι «δεν ήθελαν να κάνουν εξωσωματική». Παρουσιάζεται η ταύτιση της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης με τον εγωισμό αλλά διαγράφεται και ο φόβος για τα φάρμακα. Δεν είναι εύκολο -προσλαμβάνουν οι γυναίκες- να κάνει κάποιος εξωσωματική ενώ δηλώνουν την επιθυμία εξάντλησης των περιθωρίων πριν την εξωσωματική.

Εν τούτοις, η πρόσληψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν είναι ενιαία. Η αναπαράστασή της εμπεριέχει αντιθετικά στοιχεία τα οποία ανάλογα με τη συνθήκη (πρόκληση ή μη της σύγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας) και αξιολογείται με διαφορετικό τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, στη σύγκριση εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας, η πρώτη λαμβάνει θετική αξιολόγηση στα πλαίσια απόκτησης «δικού μου παιδιού» διότι τα συναισθήματα είναι διαφορετικά και έντονα (αποτελεί ένα κομμάτι του εαυτού, υπάρχει η επιθυμία των γυναικών να νιώσουν τη χαρά της μάνας να μεγαλώνει μέσα τους), παρότι παρουσιάζουν το εγωιστικό μέρος

της διαδικασίας αυτής. Η υιοθεσία μπορεί να είναι μια καλή πράξη, αλλά είναι σημαντική και σοβαρή υπόθεση. Στην αρνητική αξιολογητική σήμανση της υιοθεσίας περιλαμβάνεται η μη εμπειρία της εγκυμοσύνης και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν και πολλά παιδιά για υιοθεσία παρά μόνο άτομα με ειδικές ανάγκες και τέλος το ότι τα υιοθετημένα παιδιά δεν γίνονται δεκτά στην οικογένεια επειδή δεν είναι αίμα τους.

Συνεπώς, όταν ενεργοποιείται η σύγκριση εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας προβάλλεται η θετική προσέγγιση της εξωσωματικής ενώ όταν δεν ενεργοποιείται προβάλλεται η αρνητική προσέγγιση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η τεκνοποίηση-εγκυμοσύνη αποτελεί ειδοποιός διαφορά εξωσωματικής γονιμοποίησης-υιοθεσίας.

Σύμφωνα με το λόγο των γυναικών, η υπογονιμότητα είναι υπόθεση ζευγαριού εστιάζοντας περισσότερο στο θέμα της αντιμετώπισης του προβλήματος και στη συμπαράσταση του δικού τους ανθρώπου. Οι γυναίκες όμως αναπαριστούν διαφορετικά τη γυναικεία και την ανδρική υπογονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, η ανδρική προσλαμβάνεται με μεγαλύτερη δυσκολία, είναι πιο σοβαρό θέμα και είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Η γυναικεία υπογονιμότητα συσχετίζεται με την πολυπλοκότητα της γυναίκας (οργανικά-ψυχολογικά-κοινωνικά) και με τη μητρότητα (μητρικό ένστικτο-κίνητρο-ρόλος).

Φαίνεται ότι ο τρόπος πρόσληψης της γυναικείας και της ανδρικής υπογονιμότητας διαφοροποιείται ανάλογα με το ποιος από το ζευγάρι παρουσιάζει τη δυσκολία αναπαραγωγής.

Ως εκ τούτου, σκόπιμο είναι να ληφθεί υπόψη η διαφοροποίηση των γυναικών ανάλογα με το αν είναι οι ίδιες υπεύθυνες για την υπογονιμότητα (γυναικεία υπογονιμότητα), οι άνδρες (ανδρική υπογονιμότητα) ή και οι δύο μαζί (κοινή υπογονιμότητα).

Σε ένα άλλο επίπεδο, η εγκυμοσύνη αποδεικνύει τη γονιμότητα του ζευγαριού προκειμένου να λάβουν την ένταξή τους στον κόσμο της «κοινωνικής γονιμότητας». Με λίγα λόγια, η εγκυμοσύνη οδηγεί-με την επιτυχία πάντα έκβασή της- την μεν γυναίκα να ενταχθεί στον κόσμο των μητέρων, ενώ το ζευγάρι στην ομάδα των οικογενειών.

Εν τούτοις, η προηγούμενη εγκυμοσύνη η οποία οδήγησε σε αποβολή έκτρωση προσλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο από τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν οι ίδιες πρόβλημα και αυτές που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα των αντρών τους. Στην πρώτη περίπτωση, ενεργοποιείται η αρνητική πρόσληψη της

δευτεροπαθούς υπογονιμότητας και αποδίδονται τα αίτια στην συμπεριφορά τους στο παρελθόν ενώ στη δεύτερη η θετική πρόσληψη της εφόσον αποτελεί τεκμήριο γονιμότητας.

Συνεπώς, επιπρόσθετα με τη μεταβλητή του προβλήματος υπογονιμότητας, η διαφοροποίηση των γυναικών ανάλογα με την εμπειρία της προηγούμενης εγκυμοσύνης ή όχι θεωρείται αναγκαία εξαιτίας της διαφορετικής πρόσληψης της κατάστασης γονιμότητας και της απόδοσης αιτιών.

Προσθετικά, παρουσιάζεται διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο αναπαριστούν οι γυναίκες τις θέσεις κοινωνίας για την υπογονιμότητα. Προβάλεται κυρίως η επιταγή της κοινωνίας σχετικά με τις κοινωνικές αξίες του γάμου και της ολοκλήρωσής του με τα παιδιά και την οικογένεια και αναδύεται το θέμα της πρόσληψης της αναπαράστασης της κοινωνίας όσο αφορά την αποδοχή ή όχι της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ως εκ τούτου, στο λόγο των ερωτώμενων γυναικών, ενσωματώνεται και η πρόσληψη των αναπαραστάσεων κοινωνίας σχετικά με την αποδοχή ή όχι των νέων μεθόδων αναπαραγωγής αλλά και της υπογονιμότητας ως απόκλιση από την επιταγή του κοινωνικού κανόνα του γάμου και της ολοκλήρωσής του με τα παιδιά και την οικογένεια.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης σε σχέση με αυτές που έχουν παιδί από εξωσωματική ή έχουν επιτύχει εγκυμοσύνη από την εξωσωματική, φαίνεται ότι προσλαμβάνουν πιο συγκρουσιακά την κατάσταση της υπογονιμότητας αφενός η οποία συνδέεται με την απώλεια του φυσιολογικού καθεστώτος και τη μη ένταξη στην κοινωνία καθώς και τη μη ολοκλήρωση της γυναίκας (προσωπικό επίπεδο/κοινωνική ταυτότητα).

Συνεπώς, η πρόσληψη της υπογονιμότητας περικλείει τις διαστάσεις της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας, συνδεδεμένη με τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά και των αναπαραστάσεων της κοινωνίας καθώς και του βαθμού αποδοχής των κοινωνικών επιταγών. Η πρόσληψη αυτή φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το πρόβλημα υπογονιμότητας, την ύπαρξη εγκυμοσύνης στο παρελθόν (πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπογονιμότητα) και την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια και την εργασιακή κατάσταση.

Η ιατρική διάγνωση, ανδρική ή γυναικεία υπογονιμότητα, πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπογονιμότητα λαμβάνει διαφορετική σημασία για τα υποκείμενα, η οποία σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν τον εαυτό τους. Οι

κοινωνικές αναπαραστάσεις των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών επηρεάζουν τα όρια της κοινωνικής ταυτότητάς τους αλλά και οι τελευταίες τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται οι πρώτες.

Αναμένεται λοιπόν να υπάρξει διαφοροποίηση μεταξύ των γυναικών με πρωτοπαθή (όχι προηγούμενη εγκυμοσύνη) και δευτεροπαθή (ύπαρξη προηγούμενης εγκυμοσύνης) υπογονιμότητα. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης έστω και σύντομης αποτελεί όριο κοινωνικού χαρακτηρισμού των γυναικών ικανών προς την εκπλήρωση του καθήκοντος της μητρότητας (υπόθεση εργασίας).

Επιπρόσθετα, διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων αναμένεται μεταξύ των γυναικών που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία, την ανδρική και την κοινή υπογονιμότητα (υπόθεση εργασίας). Φαίνεται ότι ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες αναπαριστούν την υπογονιμότητα και επανερμηνεύουν τις προεξέχουσες κοινωνικές ιδέες για την υπογονιμότητα και τη χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης επηρεάζεται από την αξιολόγηση της κοινωνικής θέσης των γυναικών όπως η τελευταία διαμορφώνεται και από την πρόσληψη του προβλήματος της υπογονιμότητας.

Η επόμενη υπόθεση εργασίας αναφέρεται στο θρησκευτικό συναίσθημα το οποίο αποτελεί φίλτρο επαναπροσδιορισμού των κοινωνικών ιδεών που κυκλοφορούν και αφορούν τόσο την οικογένεια και την ύπαρξη παιδιών σε αυτήν όσο για την υπογονιμότητα και τη χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής. Από τη μια πλευρά, η μητρότητα αποτελεί θεμελιώδες συστατικό του γάμου ενώ τα θηλυκά χαρακτηριστικά των γυναικών παρουσιάζονται μέσω της μητρότητας. Επιπρόσθετα, ο γάμος αποτελεί γεγονός οικογενειακής ρύθμισης ενώ το χριστιανικό δόγμα βάση ρύθμισης των σεξουαλικών σχέσεων με αποτέλεσμα την αναπαραγωγή. Από την άλλη πλευρά, η επίσημη εκκλησία δε δέχεται τη χρήση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η τελευταία υπόθεση εργασίας σχετίζεται με τη διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών για την υπογονιμότητα σύμφωνα με την εργασιακή τους κατάσταση. Η αρρενωπή και η θηλυκή στάση προσδιορίζουν τρόπους πρόσληψης της υγείας -και κατ' επέκταση και της γονιμότητας από μια έννοια- και όχι τη στεγανή διαφοροποίηση αντρών-εργασία, γυναικών-μη εργασία/φροντίδα. Είναι σημαντική η διαφορετική θεώρηση των καταστάσεων των γυναικών (εργασιακή απασχόληση) παρά η σύγκριση αυτών ως ομοιογενείς ομάδες. Επίσης, το φύλο, δεν είναι δεδομένο της φύσης αλλά κοινωνική

σχέση και πολιτισμικό σύμβολο. Το φύλο αποτελεί συμβολική προϋπόθεση της ταυτότητας του υποκειμένου αλλά και το κοινωνικό αποτέλεσμα της δράσης του. Το κοινωνικό φύλο προσδιορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες και μεταξύ αυτών και από την εργασιακή απασχόληση των γυναικών όπως παρουσιάστηκε προηγουμένως.

Η φιλοδοξία της έρευνας για την αναπαράσταση των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών –οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης- για την υπογονιμότητα είναι να δείξει ότι η πρόσληψη των γυναικών αυτών δεν είναι ενιαία αλλά ανταποκρίνεται στις ιδέες που έχουν αφομοιώσει τόσο για τη γυναικεία ταυτότητα όσο και αυτές που διαχέονται στο κοινωνικό στερέωμα. Επιπρόσθετα, η πραγματικότητα για τις γυναίκες υπογόνιμων ζευγαριών διαμορφώνεται και από την ανάμειξη των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Στην Ελλάδα, η σπερματέγχυση αποτελούσε παλαιά μέθοδος ενώ κύρια τα υπογόνιμα ζευγάρια καταφεύγουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση η οποία περιλαμβάνει γενετικό υλικό τόσο από το υπογόνιμο ζευγάρι όσο και από κάποιο άτομο εκτός του ζευγαριού αυτού. Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μια άλλη εναλλακτική της εξωσωματικής γονιμοποίησης η οποία εφαρμόζεται σπάνια στην Ελλάδα και για την οποία η κοινωνική αντίδραση βρίσκεται στο αρχικό στάδιο.

Όσο αφορά το φίλτρο του θρησκευτικού συναισθήματος, διαπιστώνουμε ότι στατιστικά σημαντική είναι η διαφορά ύπαρξης του θρησκευτικού συναισθήματος δηλαδή μεταξύ θρησκευόμενων/πιστών και ουδέτερων. Οι θρησκευόμενες/πιστές αποδέχονται περισσότερο τον πρώτο παράγοντα του προγεννητισμού ο οποίος αντικατοπτρίζει τη φυσική έκφανση του γάμου, με άλλα λόγια την απόκτηση παιδιών. Τα τελευταία αποτελούν ενδιαφέρον στη ζωή, ώριμη έκφραση αγάπης και αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία ενώ ο γονεϊκός ρόλος αντικατοπτρίζεται στον παράγοντα αυτό ως τον πιο σημαντικό ρόλο της ενήλικης ζωής.

Συνεπώς, διαπιστώνουμε ότι η ενθάρρυνση της αναπαραγωγής (προγεννητισμός) προέρχεται από τις γενικές κοινωνικές νόρμες για την οικογένεια και την απόκτηση των παιδιών και οι οποίες επηρεάζονται από τη θρησκεία.

Οι θρησκευόμενες προβάλλοντας την κοινωνική ταυτότητα της ομάδας (κοινωνικοί ρόλοι) υπαγωγής τους, αποδέχονται περισσότερο τους κοινωνικούς κανόνες του προγεννητισμού (πρώτος παράγοντας προγεννητισμού). Οι ουδέτερες στο θρησκευτικό συναίσθημα φαίνεται να αποδέχονται λιγότερο τους κοινωνικούς αυτούς κανόνες. Επιπρόσθετα, προβάλλουν τον εσωτερικό έλεγχο μέσω των προσωπικών επιλογών.

Επίσης, το θρησκευτικό συναίσθημα παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό και για τον *πρώτο παράγοντα της υπογονιμότητας* (δοξασία δίκαιου κόσμου). Η απόδοση δικαιοσύνης από το Θεό για πράξεις του παρελθόντος φαίνεται λοιπόν ότι επηρεάζεται από την ένταση του θρησκευτικού συναισθήματος που εκδηλώνουν οι γυναίκες και συνάδει με την προβολή των κοινωνικών χαρακτηριστικών των γυναικών όπως προστάζει η κοινωνία, η θρησκεία και ο θεσμός της οικογένειας.

Όσο αφορά τον παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με το πρόβλημα ή με άλλα λόγια τη γυναικεία, ανδρική και κοινή υπογονιμότητα, παρατηρείται διαφοροποίηση τόσο στην αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία όσο και στη γυναικεία σεξουαλικότητα. Πιο συγκεκριμένα, όσο αφορά το δεύτερο παράγοντα του προγεννητισμού, περιλαμβάνει την αποδοχή του κοινωνικού κανόνα της οικογένειας ως κριτήριο ένταξης του ατόμου και του ζευγαριού στην κοινωνία, εφόσον συνδέεται με τη σεξουαλικότητα του ατόμου (ανδρική ή γυναικεία), με τις σχέσεις με άλλους ενήλικες αλλά και με τη σχέση με τους κανόνες της κοινωνίας. Στον παράγοντα αυτό διαπιστώνεται ότι η διαφοροποίηση εστιάζεται στις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, όταν διαπιστώνεται η κοινωνική απόδειξη μέσω της ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια, αποδέχονται τον παράγοντα προγεννητισμού ενώ η κοινωνική θέση των γυναικών προσδιορίζεται με ρόλο στην οικογένεια και προσλαμβάνουν περισσότερο τους κοινωνικούς χαρακτηρισμούς της υπογονιμότητας. Όταν δε διαπιστώνεται η κοινωνική αυτή απόδειξη, δηλαδή η μη ύπαρξη παιδιών, τότε οι γυναίκες αποδέχονται λιγότερο τον παράγοντα.

Ο δεύτερος παράγοντας της υπογονιμότητας, λόγω της σύνδεσης της υπογονιμότητας με τη σεξουαλικότητα, σχετίζεται με τις επιπτώσεις στη σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου. Στον παράγοντα αυτό υποστηρίζεται περισσότερο ο αντίκτυπος της υπογονιμότητας στη γυναικεία σεξουαλικότητα και στην απόδοση της αιτιολογίας στις γυναίκες αλλά ταυτόχρονα και η συνέπεια της ανδρικής υπογονιμότητας στην ανδρική σεξουαλικότητα. Στον παράγοντα αυτό, φαίνεται ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία ή την ανδρική υπογονιμότητα υποστηρίζουν περισσότερο θετικά τον παράγοντα αυτό. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την κοινή υπογονιμότητα προσλαμβάνουν αρνητικά τις θέσεις του παράγοντα αυτού.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα επωμίζονται το φορτίο της ευθύνης περισσότερο από ότι οι γυναίκες

της ανδρικής ή της κοινής υπογονιμότητας. Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι στη γυναικεία υπογονιμότητα, οι γυναίκες αναπαριστούν την υπογονιμότητα υπό το πρίσμα τόσο των εξωτερικών παραγόντων (δουλειά, διατροφή) από την επιθυμία απόκτησης παιδιού όσο και από τις προσωπικές επιλογές ενώ τα χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής είναι δυνατά με έμφαση στον κοινωνικό ρόλο των γυναικών. Στην ανδρική υπογονιμότητα, οι γυναίκες αναπαριστούν την υπογονιμότητα με όρους του κοινωνικού αντίκτυπου της υπογονιμότητας αλλά και των ιατρικών αιτιών και τα χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής είναι δυνατά με έμφαση στον ρόλο των γυναικών ως μητέρων. Στην κοινή υπογονιμότητα, η υπογονιμότητα συνδέεται με την ιατρική αντιμετώπιση, με τα ιατρικά αίτια ενώ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται περισσότερο αρνητικές και συναισθηματικές.

Συνεπώς παρατηρούμε ότι οι γυναίκες της γυναικείας και της ανδρικής υπογονιμότητας παρουσιάζουν περισσότερο δυναμικά χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής ενώ οι γυναίκες της ανδρικής και της κοινής υπογονιμότητας, σε μικρότερο ποσοστό, αποδέχονται τη σημαντικότητα των ιατρικών αιτιών στην υπογονιμότητα και περισσότερο τον κοινωνικό αντίκτυπο. Η αυτο-απόδοση της αιτιολογίας της υπογονιμότητας παρατηρείται στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα σε σχέση με την απόδοση των ιατρικών αιτιών στις άλλες δύο κατηγορίες. Στην περίπτωση αυτή, η ψυχολογιοποίηση έχει λάβει το ρόλο της άσκησης του κοινωνικού ελέγχου των γυναικών που αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα και φαίνεται ότι οι εσωτερικές αποδόσεις των αιτιών της υπογονιμότητας οδηγούν στον προσωπικό έλεγχο των πράξεών τους. Στην κοινή υπογονιμότητα η πρόσληψη γονιμότητας-υπογονιμότητας ως υγεία-ιατρικά αίτια /ιατρική αντιμετώπιση παραπέμπει στην έννοια του ασθενή και σχετίζεται με τα συναισθηματικά και τα αρνητικά χαρακτηριστικά στην ομάδα υπαγωγής.

Στην ανδρική υπογονιμότητα, παρατηρούμε ότι παρότι η ευθύνη δεν είναι της γυναίκας, εν τούτοις δέχονται την “κοινωνική” ευθύνη για την υπογονιμότητα του ζευγαριού, επιβεβαιώνοντας το “ευγενές” στίγμα που τους έχει αποδοθεί.

Επιπρόσθετα, ένα άλλο σημείο το οποίο είναι αξιοσημείωτο σχετίζεται με την απόδοση της ευθύνης για την υπογονιμότητα. Η αντικειμενική πραγματικότητα δεν προσλαμβάνεται όπως ακριβώς προκύπτει. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα, το 48% υποστηρίζουν την ατομική ευθύνη, ενώ το 61,9% των γυναικών που αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα, δέχονται την ευθύνη του ζευγαριού.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι οι γυναίκες με το «ευγενές» στίγμα δέχονται την ευθύνη του ζευγαριού σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα. Επιπρόσθετα, η εξατομικευμένη προσέγγιση της υπογονιμότητας σχετίζεται περισσότερο με την απόδοση ιατρικών αιτιών ενώ η προσέγγιση του «ζευγαριού» με τις κοινές συνέπειες, με την αποδοχή του κοινωνικού κανόνα ότι τα παιδιά είναι υπόθεση του ζευγαριού αλλά και του θρησκευτικού κανόνα «και έσονται σάρκες δύο εις σάρκαν μία».

Όταν αναπαρίσταται ο ατομικός παράγοντας στην υπογονιμότητα, οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη γυναικεία υπογονιμότητα είναι πιο αρνητικές ενώ η γονιμότητα φιλτράρεται μέσω της κοινωνικής της διάστασης. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την ανδρική υπογονιμότητα τονίζουν περισσότερο το ρόλο της μητέρας (κοινωνική ταυτότητα) και τη γυναικεία ταυτότητα και παρουσιάζονται πιο ώριμες (θετική αξιολόγηση) ενώ η βιο-ψυχολογική διάσταση φαίνεται ότι αποτελεί φίλτρο πρόσληψης της γονιμότητας.

Όταν αναπαρίσταται το ζευγάρι υπεύθυνο για την υπογονιμότητα, οι γυναίκες της γυναικείας υπογονιμότητας παρουσιάζουν μια ολιστική βιο-ψυχο-κοινωνική διάσταση της γονιμότητας, δίνουν περισσότερη έμφαση στον ψυχολογικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας ενώ ταυτόχρονα χαρακτηρίζονται δυναμικές και ώριμες (θετική αξιολόγηση) και παρουσιάζεται τόσο η προσωπική όσο και η κοινωνική τους ταυτότητα.

Οι γυναίκες της ανδρικής υπογονιμότητας, υποστηρίζουν σε διπλάσιο ποσοστό την ευθύνη του ζευγαριού από ότι την ατομική ευθύνη και αναπαριστούν τη γονιμότητα μέσα από το πρίσμα της κύησης και της οικογένειας (κοινωνική διάσταση της γονιμότητας). Συνεπώς, παρατηρούμε ότι για τις γυναίκες της ανδρικής υπογονιμότητας, όταν η γονιμότητα προσλαμβάνεται στη κοινωνική της διάσταση, η ευθύνη αποδίδεται στο ζευγάρι.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες δέχονται την ευθύνη του ζευγαριού και αυτές που δέχονται την ατομική ευθύνη αλλά το πρόβλημα εντοπίζεται στον άντρα, η απόδοση των χαρακτηριστικών της ομάδας υπαγωγής είναι πιο θετική. Η πλήρης αποδοχή της ευθύνης σε ατομικό επίπεδο πυροδοτεί την αρνητική κατηγοριοποίηση των γυναικών. Όταν αποστασιοποιείται η ευθύνη (ατομική ευθύνη-ανδρική υπογονιμότητα) ή μοιράζεται (ευθύνη ζευγαριού) τότε πυροδοτεί θετική αξιολόγηση της κατηγορίας των γυναικών παρουσιάζοντας τη γυναικεία ταυτότητα αλλά και την κοινωνική ταυτότητά τους.

Σχετικά με τη μεταβλητή της πρωτοπαθούς και της δευτεροπαθούς υπογονιμότητα ή με άλλα λόγια όταν δεν έχει υπάρξει εγκυμοσύνη ή όταν έχει υπάρξει εγκυμοσύνη στο παρελθόν, θα πρέπει να τονιστεί ότι λαμβάνει σημαντικό ρόλο εξαιτίας της προηγούμενης απόδειξης της γονιμότητας των γυναικών. Για τις γυναίκες της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, η γονιμότητα προσλαμβάνεται μέσα από τη βιο-ψυχο-κοινωνική της διάσταση και συνδέεται με τη γυναικεία ταυτότητα ενώ η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται στον κοινωνικό της αντίκτυπο. Υποστηρίζεται η αυτό-απόδοση των αιτών της υπογονιμότητας (προσωπικές επιλογές) και φαίνεται ότι υποστηρίζουν τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής. Η εικόνα της ομάδας υπαγωγής περιέχει τόσο τα γυναικεία και μέτρια χαρακτηριστικά όσο και αρνητικά.

Οι γυναίκες της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας, η γονιμότητα λαμβάνει την έννοια του αποτελέσματός της, δηλαδή της κύησης, ενώ εστιάζονται περισσότερο στις ψυχολογικές προϋποθέσεις που αφορούν κυρίως τη σχέση των γυναικών με τους συζύγους τους. Η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται στη βιολογική της βάση και παρουσιάζουν τον ψυχολογικό αντίκτυπο αυτής. Η ομάδα υπαγωγής λαμβάνει περισσότερο δυνατά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά αλλά κυρίως τον κοινωνικό ρόλο της μητέρας. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας σχετίζεται με τη ψυχολογική στήριξη και τις εναλλακτικές, δηλαδή τις μη ιατρικές- λύσεις (υιοθεσία, κλπ).

Στην πρωτοπαθή υπογονιμότητα, η έλλειψη ολοκλήρωσης σημασιοδοτεί το ψυχο-κοινωνικό αντίκτυπο που έχει η μη παρουσίαση αποδεικτικού στοιχείου γονιμότητας η οποία συνδέεται με τη γυναικεία ταυτότητα. Η συγκρουσιακότητα παρουσιάζεται στο επίπεδο ταυτότητας εφόσον το χαρακτηριστικό της θηλυκότητας (πρόσληψη γονιμότητας) κλονίζεται όταν δεν υπάρχει προηγούμενο αποδεικτικό στοιχείο και ενώ παρουσιάζουν τη θηλυκότητα ως χαρακτηριστικό της ομάδας υπαγωγής τους.

Η διάκριση των γυναικών ανάλογα με τη πρωτοπαθή και σε δευτεροπαθή υπογονιμότητα φαίνεται ότι είναι στατιστικά σημαντική στην πρόσληψη των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και συγκεκριμένα με το δεύτερο παράγοντα των νέων τεχνολογιών όπου παρουσιάζεται η ηθική πλευρά των τεχνολογιών αυτών και η κοινωνική επιθυμητότητα στην προσφυγή τους. Οι πρωτοπαθείς υποστηρίζουν περισσότερο τον ηθικό χαρακτήρα των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής από ότι οι δευτεροπαθείς, όπως φαίνεται και από τον τρόπο με τον οποίο αναπαριστούν την υπογονιμότητα.

Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι οδηγεί σε μια κατάσταση αντιπαράθεσης σε ηθικό και κοινωνικό επίπεδο για τις γυναίκες με δευτεροπαθή υπογονιμότητα με την κοινωνία εφόσον ακολουθούν την εξωσωματική γονιμοποίηση (τεχνολογία αναπαραγωγής) και παράλληλα δεν προσλαμβάνουν την ηθική πλευρά των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής ούτε και την κοινωνική επιθυμητότητά τους.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται θετική συσχέτιση του παράγοντα της πρωτοπαθούς-δευτεροπαθούς υπογονιμότητα με την ηλικία και την ηθική αποδοχή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής. Πιο συγκεκριμένα, η νεαρή ηλικιακή ομάδα (20-30 ετών) της πρωτοπαθούς αποδέχεται είναι περισσότερο την ηθική πλευρά των νέων τεχνολογιών και υποστηρίζει την κοινωνική επιθυμητότητα προσφυγής σε Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης από ότι η αντίστοιχη της δευτεροπαθούς υπογονιμότητας.

Παρατηρούμε παράλληλα ότι η ηλικία συσχετίζεται με την αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού όπου οι γυναίκες νεαρότερης ηλικίας είναι πιο θετικά κείμενες στον παράγοντα αυτό. Άρα, παρότι υπάρχει θετική συσχέτιση των νεαρών γυναικών με το πρώτο παράγοντα προγεννητισμού, ή με άλλα λόγια αποδέχονται περισσότερο τον κοινωνικό κανόνα της οικογένειας, εν τούτοις η εμπειρία της εγκυμοσύνης διαφοροποιεί τον τρόπο πρόσληψης των νέων μεθόδων αναπαραγωγής.

Σε ένα άλλο επίπεδο, διαπιστώνεται η διαφοροποίηση των γυναικών ανάλογα με την εργασιακή απασχόληση και πιο συγκεκριμένα μεταξύ νοικοκυρών και εργαζομένων. Οι νοικοκυρές προσλαμβάνουν την ομάδα υπαγωγής τους με όρους του κοινωνικού ρόλου των γυναικών καθώς και της γυναικείας ταυτότητας, καθώς και τη γονιμότητα ενώ η υπογονιμότητα συνδέεται με τη βιολογική της βάση αλλά και την αρνητική κοινωνική πρόσληψη της κατάστασης αυτής. Οι εργαζόμενες παρουσιάζουν πιο δυνατά χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής τους, η γονιμότητα-υπογονιμότητα προσλαμβάνεται υπό το πρίσμα της βιο-ψυχο-κοινωνικής διάστασης με συνέπεια την ψυχολογική τους κατάσταση και με κατεύθυνση την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής.

Παρατηρείται μια συσχέτιση της εργασιακής απασχόλησης των γυναικών με την ύπαρξη παιδιών και με το διαχωρισμό της πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς υπογονιμότητας όσο αφορά την αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία. Διαφοροποίηση παρουσιάζεται στις κατηγορίες της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας και αυτής της ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια όπου για τις νοικοκυρές οι τιμές στον παράγοντα είναι πιο θετικές από ότι παρουσιάζουν οι

εργαζόμενες. Με άλλα λόγια, οι νοικοκυρές με παιδιά στην οικογένεια και οι νοικοκυρές χωρίς εμπειρία εγκυμοσύνης στο παρελθόν αποδέχονται περισσότερο την αξία του κοινωνικού κανόνα της οικογένειας ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης.

Στην περίπτωση των νοικοκυρών με παιδιά στην οικογένεια, παρατηρείται ότι η κοινωνική θέση των γυναικών προσδιορίζεται με ρόλο στην οικογένεια και αυτή υφίσταται λόγω της ύπαρξης παιδιών.

Στην περίπτωση νοικοκυρών χωρίς προηγούμενη εγκυμοσύνη, παρατηρείται η κοινωνική θέση των γυναικών αλλά η υπογονιμότητα προσλαμβάνεται στη βιο-ψυχο-κοινωνική του βάση σε αντίθεση με την περίπτωση των νοικοκυρών με προηγούμενη εγκυμοσύνη όπου η υπογονιμότητα συνδέεται με τον κοινωνικό αντίκτυπο.

Ο συσχετισμός της μεταβλητής της εργασιακής κατάστασης των γυναικών με αυτή της πρωτοπαθούς-δευτεροπαθούς υπογονιμότητας διαμορφώνει και τις τιμές στην αρνητική αναπαράσταση της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο παράγοντας αυτός παρουσιάζει την αρνητική πρόσληψη της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής (μη αποδεκτές πρακτικές, εναντίωση στη φύση, πειραματικό χειρισμό των εμβρύων, διαχωρισμός βιολογικού και κοινωνικού μέρους του γονεϊκού ρόλου). Η διαφοροποίηση παρουσιάζεται στην περίπτωση της πρωτοπαθούς υπογονιμότητας όπου οι νοικοκυρές υποστηρίζουν περισσότερο την αρνητικότητα της κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι η μη εμπειρία προηγούμενης εγκυμοσύνης, για τις νοικοκυρές τις ωθεί σε μια κατάσταση πιο συγκρουσιακή εφόσον από τη μια πλευρά αποδέχονται το γεγονός ότι η ύπαρξη παιδιών οδηγεί στην ένταξη των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο και από την άλλη πλευρά, η κοινωνία κρίνει-κατά την άποψή τους- ότι η χρήση εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι αρνητικά αξιολογήσιμη, χρήση στην οποία ήδη έχουν κατευθυνθεί αφού έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στην απεικόνιση των μεταβλητών με τα στοιχεία γονιμότητας-υπογονιμότητας και χαρακτηριστικά γυναικών της ομάδας υπαγωγής τους, παρατηρούμε ότι όσο οι γυναίκες υποστηρίζουν τους κοινωνικούς παράγοντες του προγεννητισμού, τόσο υποστηρίζουν τη δοξασία του δικαίου κόσμου τόσο περισσότερο προσλαμβάνουν την αρνητική θέση της κοινωνίας για τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής και τη μη-ιατρική πρόσληψη της υπογονιμότητας και τόσο λιγότερο δέχονται την ηθική και νόμιμη χρήση των νέων τεχνολογιών

αναπαραγωγής και παράλληλα δέχονται λιγότερο τις συνέπειες της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες προσλαμβάνουν περισσότερο την κοινωνική ταυτότητά τους ως μητέρες και βάση της οικογένειας. Η ομάδα αυτή φαίνεται ότι παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκρουσιακότητα εξαιτίας της αντίθετης συμπεριφοράς τους (αφενός διότι αντιβαίνουν συμπεριφοριστικά τους κοινωνικούς κανόνες του προγεννητισμού που αποδέχονται λόγω μη ύπαρξης παιδιών και αφετέρου κάνουν χρήση των τεχνολογιών οι οποίες δεν αξιολογούνται θετικά) σε σχέση με την αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Από την άλλη πλευρά, όσο οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών δέχονται λιγότερο τους κοινωνικούς κανόνες του προγεννητισμού, τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την κοινωνική αποδοχή των νέων τεχνολογιών και παράλληλα η κοινωνία αναπαρίσταται να παρουσιάζει λιγότερο αρνητικά τη φύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Υποστηρίζονται οι προσωπικές επιλογές και λιγότερο η δοξασία του δίκαιου κόσμου, ενώ οι επιπτώσεις στη γυναικεία ταυτότητα είναι μεγάλες. Παρουσιάζεται περισσότερο ο κοινωνιο-ψυχολογικός χαρακτήρας της υπογονιμότητας.

Παρατηρούμε ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των γυναικών οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης για την υπογονιμότητα επικεντρώνονται αφενός στον κοινωνικό κανόνα της οικογενειακής ζωής και του γονεϊκού ρόλου ως κριτήριο κοινωνικής ένταξης –ενσωμάτωσης του ατόμου και του ζευγαριού στους γόνιμους κόλπους της κοινωνίας και αφετέρου της ιατρικής με την ανάμειξη των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής.

Το δίκτυο σημασιών που προβάλλουν οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών γύρω από το αντικείμενο της υπογονιμότητας, παρότι δημιουργείται από τις κοινωνικές αξίες, εν τούτοις φαίνεται να διαφοροποιείται. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υπογονιμότητα δεν επικεντρώνονται μόνο στην οργανική κατάσταση του ανθρώπινου σώματος όπως παρουσιάζεται από την ιατρική αλλά παρουσιάζουν τη ψυχολογική αλλά και την κοινωνική πλευρά.

Διαπιστώνεται η διαφοροποίηση στην προβολή των χαρακτηριστικών του κοινωνικού ρόλου των γυναικών ως μητέρων, συζύγων και βάση της οικογένειας η οποία συνάδει με τη διαφορετική κοινωνική σημασία των αξιών για την οικογένεια και την απόκτηση του παιδιού.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η αποδοχή των κοινωνικών κανόνων δεν έχει την ίδια έκταση μεταξύ των διαφόρων ομάδων των γυναικών. Με τον τρόπο αυτό γίνεται κατανοητό ότι η κοινωνική πίεση που ασκείται στα άτομα, και πιο συγκεκριμένα στις γυναίκες, δεν παρουσιάζει ομοιομορφία. Το γεγονός αυτό δε σχετίζεται όμως με τις στάσεις των γυναικών για τον προγεννητισμό και την οικογένεια. Δεν αποτελούν απλά προδιαθέσεις οι οποίες μαθαίνονται και συνεπώς είναι κοινωνικές στη φύση τους. Δεν είναι αντίγραφο των κοινωνικών αξιών αλλά αποτελεί μέσο επαναπροσδιορισμού στον κοινωνικό χώρο. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του προγεννητισμού δεν είναι απλώς αντανάκλαση της κοινωνικής πραγματικότητας αλλά δημιουργούν πραγματικότητα με το να παρέχουν δεδομένες αντιλήψεις και περιορίζοντας άλλες. Ο τρόπος οργάνωσης του ρεπερτορίου των ιδεών σε ελληνικό κοινωνιο-πολιτιστικό πλαίσιο δεν εγκλωβίζει το υποκείμενο στον παθητικό ρόλο του «συλλογικού όντος» αλλά λαμβάνει ενεργητικό ρόλο στα κοινωνιοψυχολογικά δρώμενα. Ο επιβεβαίωση της κοινωνικής πραγματικότητας των γυναικών των υπογόνιμων ζευγαριών επιτελείται σε ένα πλαίσιο αναζήτησης και προσδιορισμού της θέσης τους στον κοινωνικό χώρο.

Όσο αφορά την κοινωνική ταυτότητα των γυναικών, δεν αρκεί όμως μόνο η γνώση ότι οι γυναίκες ανήκουν στη δεδομένη φυλετική ομάδα αλλά σχετίζεται όπως ο Tajfel (1972) αναφέρει και από την αξιολογητική και συναισθηματική σήμανση του «ανήκειν» στην ομάδα αυτή. Οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών προσλαμβάνουν διαφορετικά χαρακτηριστικά της ομάδας υπαγωγής τους και συνεπώς το ιδεώδες μιας κοινής κατηγορίας φαίνεται ότι απορρίπτεται αφού παρατηρείται τόσο η διαφοροποίηση αλλά και η διαφορετική ένταση των χαρακτηριστικών της γυναικείας ταυτότητας.

Η συμμετοχή των γυναικών στην κατηγορία φύλου διαφοροποιείται από την εμπειρία τους και τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουν την κοινωνική θέση τους. Αυτό το οποίο φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο είναι η σημασιολογική αξία, που έχει για τις γυναίκες αυτές, της κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Η κατάσταση αυτή όμως δεν είναι ενιαία και μοναδική για όλες τις γυναίκες.

Οι γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών αναπαριστούν με διαφορετικό τρόπο την υπογονιμότητα αλλά και προσλαμβάνουν διαφορετικά την ομάδα υπαγωγής τους. Η βιωσιμότητα των αναπαραστάσεων αυτών εξαρτάται από τον βαθμό της αποδοχής των αξιών του κοινωνικού συστήματος και τον τρόπο που ορίζουν το κανονικό (γονιμότητα) και κατ'έκταση το μη-κανονικό (υπογονιμότητα).

Ταυτόχρονα, οι ίδιες αυτές κοινωνικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν όχι μόνο την ερμηνεία πραγματικότητας αλλά και την πρόταση ταυτότητας. από τη μια πλευρά διαπιστώνεται η ανάγκη του ορισμού της υπογονιμότητας, μιας κατάστασης η οποία είναι ξένη προς τις επιθυμίες, προσδοκίες και αξίες των γυναικών και παράλληλα ο επαναπροσδιορισμός της ταυτότητάς τους. Φαίνεται λοιπόν ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι το δίκτυο διαμεσολάβησης των κοινωνικών μηνυμάτων το οποίο δανείζει τη σύσταση και τα υλικά για τη δόμηση της ταυτότητας.

Η παρούσα έρευνα υπογραμμίζει την αναγκαιότητα πρόσληψης, από την πλευρά των κοινωνικών μελετητών, του υποκειμένου έρευνας ως το κοινωνικό υποκείμενο το οποίο λειτουργεί ενεργά προκειμένου να ερμηνεύσει μια νέα κατάσταση της ζωής του. Το σημείο αυτό είναι νευραλγικό προκειμένου να εξεταστεί η κοινωνική θεμελίωση των κοινών πεποιθήσεων για την υπογονιμότητα αλλά και του τρόπου με τον οποίο τα υποκείμενα προσδιορίζονται στον κοινωνικό χώρο. Οι έρευνες οι οποίες ανθίζουν στον τομέα της υπογονιμότητας, προσλαμβάνουν την τελευταία ως μια κατάσταση η οποία επιφέρει στην ψυχολογία της γυναίκας και του ζευγαριού αλλά και αποτελεί θέμα κοινωνικού διαλόγου.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των υπογόνιμων ατόμων αλλά και του διαλόγου μεταξύ των «κοινωνικών εταίρων» όπως είναι οι πρεσβευτές της ιατρικής, της νομικής, της θεολογίας και άλλων δε στοιχειοθετεί τη διερεύνηση του παλμού της αλληλεπίδρασης μεταξύ των κοινωνικών υποκειμένων και της κοινωνίας. Αν θέλουμε να επηρεάσουμε θετικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των προβλημάτων που συνεπάγονται της υπογονιμότητας και της χρήσης των νέων μεθόδων αναπαραγωγής, θα πρέπει να κινηθούμε πέρα από τη διχοτόμηση του κοινωνικού (επιρροή του κοινωνικού συστήματος) και του ψυχολογικού (ψυχολογίζουσα υπόσταση του υποκειμένου-ψυχολογικές αντιδράσεις).

Η επιδίωξη απόκτησης παιδιού υπαγορεύεται είτε από βιολογικές ορμές είτε λόγω ψυχολογικής ανάγκης είτε λόγω κοινωνικής αναγκαιότητας. Η αδυναμία της επιδίωξης αυτής επιφέρει αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα «βλέπουν» τόσο τον εαυτό τους όσο και τη σχέση τους με τους συντρόφους τους αλλά και τη σύνδεσή τους με τον κοινωνικό ιστό. Η κοινωνία παρουσιάζει τόσο τα κοινωνικά μέτρα αντιμετώπισης της ατεκνίας (πχ. Υιοθεσία), τα πνευματικά (πχ. Πνευματική μεσολάβηση) και τα ιατρικά (πχ. Χρήση μεθόδων αναπαραγωγής-εξωσωματική γονιμοποίηση). Εν τούτοις όμως, σήμερα η υπογονιμότητα μεταλλάχθηκε από

κοινωνικό φαινόμενο σε παθολογική κατάσταση εξαιτίας της «ιατρικοποίησης» της υπογονιμότητας. Η εξάρτηση από την ιατρική παρέμβαση αυξάνει τις πολιτισμικές και κοινωνικές πιέσεις που αντιμετωπίζει το άτεκνο ζευγάρι προκειμένου να κάνει χρήση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Burns & Covington, 2000).

Έτσι λοιπόν σκόπιμο είναι να μελετηθεί σε βάθος ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική επηρεάζει τους παλμούς του «κοινωνικού γίνεσθαι» αλλά και να διερευνηθεί η μετάβαση για την ελληνική κοινωνία από την κοινωνική έμφαση της ατεκνίας και της στειρότητας στην υπογονιμότητα και τη χρήση ιατρικών μεθόδων αναπαραγωγής. Η μη γονιμότητα αποτελούσε πραγματικότητα από τις αρχές της ανθρωπότητας και συνεπώς δεν αποτελεί δεδομένο της σημερινής εποχής. Η αναγκαιότητα ορισμού της καθώς και η αναζήτηση της απόστασης από το κανονικό και το φυσιολογικό της γονιμότητας λαμβάνει χώρα σε κάθε κοινωνία και πολιτισμό. Έτσι λοιπόν, μιλάμε για επναπροσδιορισμό του πεδίου γονιμότητα-μη γονιμότητα η οποία έχει αντίκτυπο την συναισθηματική (ψυχολογική) και κοινωνική οδύνη των ακουσίως άτεκνων ζευγαριών.

Η αναζήτηση των λύσεων της κατάστασης της μη-γονιμότητας στην οποία έχουν περιέλθει τα ζευγάρια εξαρτάται από το εύρος των εναλλακτικών που λειτουργούν στην κοινωνία αλλά και της αξιολογικής σημασίας που έχει η κάθε επιλογή για τα ζευγάρια. Στην Ελλάδα, φαίνεται ότι κυριαρχεί το ιατρικό μοντέλο αντιμετώπισης όχι της μη γονιμότητας αλλά της ατεκνίας (οι μέθοδοι αναπαραγωγής δεν εξαλείφουν την παθολογική κατάσταση αλλά αλλάζουν την κοινωνική κατάσταση των άτεκνων ζευγαριών). Παρόλα ταύτα, και πέρα των εξελίξεων στην ιατρική της αναπαραγωγής, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τη γονιμότητα-μη γονιμότητα προϋπήρχαν προκειμένου να προσδιορίσουν τη φύση της «απόκλισης» αλλά και να δώσουν λύση σε αυτήν. Πέρα από τα πολιτισμικά δεδομένα των κοινωνιών, η προσήλωση στη θρησκευτική φύση και στη δύναμη αυτής ως θεραπεία της στειρότητας εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς και συνεχίζει ως τρόπο πρόσληψης του προβλήματος της στειρότητας ως τιμωρία για τις πράξεις του παρελθόντος.

Πώς προσλαμβάνουν τη μητρότητα οι γυναίκες της ελληνικής κοινωνίας και πόσο «πυρηνικός» είναι ο ρόλος της στη διαμόρφωση της γυναικείας ταυτότητας; Με ποιο τρόπο αντιλαμβάνονται τις νέες μεθόδους απόκτησης παιδιών πχ παρένθετη μητρότητα και πως η σχέση γυναίκα-κοινωνία επηρεάζει τη διάσταση της υιοθέτησης της επιστημονικής λύσης από τη ηθικά ή μη αποδεκτή λύση; Ποιό το πλαίσιο

απόστασης μεταξύ της κοινωνιοψυχολογικής πρόσληψης των κοινωνικών υποκειμένων (είτε ανδρών είτε γυναικών) για τη μη-γονιμότητα και των εναλλακτικών λύσεων γι αυτήν και των εξελίξεων στο χώρο της ιατρικής, της νομικής όπως προσδιορίζουν το κοινωνικό πεδίο των κυρίαρχων ιδεολογιών;

Τα ερωτήματα αυτά περικλείουν κάποιους προβληματισμούς για την ανάπτυξη μελλοντικών ερευνών. Η βασική προϋπόθεση όμως είναι η αντιμετώπιση του ερευνητικού υποκειμένου, είτε είναι ο μη-γόνιμος άντρας είτε η μη-γόνιμη γυναίκα, ως ένα υποκείμενο το οποίο διαμορφώνεται (στα πλαίσια της ταυτότητάς του) αλλά και διαμορφώνει (επηρεάζει την κοινωνική ροή των εξελίξεων). Με άλλα λόγια η αποδοχή του δρώντος υποκειμένου είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη προκειμένου να μας επιτρέψει να αφουγκραστούμε τους παλμούς της δυναμικής αλληλεπίδρασης των κοινωνικών υποκειμένων και της κοινωνίας. Και με τον τρόπο αυτό θα μπορέσουμε να παρέμβουμε ώστε να επηρεάσουμε με θετικό τρόπο και να ελαχιστοποιήσουμε τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να παρουσιάζονται στην αδυναμία αφομοίωσης των τρεχόντων και πολλές φορές ραγδαίων εξελίξεων στο πεδίο της μη-γονιμότητας, της κοινωνικής στειρότητας και της ιατρικής της υπογονιμότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdalla H.(1994) *Oocyte Donation*, *Obstetrics Gynecology*, 4, p. 137-142.
2. Abdalla H., Burton G., Kirkland A., Johnson M., Leonard T., Rooks A. et al (1993) *Age, Pregnancy and Miscarriage: Uterine versus Ovarian Factors*, *Human Reproduction*, 8, p. p. 1512-1517.
3. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι.(1986) *Νομικά Προβλήματα από την Τεχνητή Γονιμοποίηση*, *Νομικό Βήμα*, 34, 10.
4. Annandale E., Hunt K. (1990) *Masculinity, Feminity and Sex: An Exploration of their Relative Contribution to Explaining Gender Differences in Health*, *Sociology of Health and Illness*, 12, pp.24-46.
5. Antinori S., Versaci C., Gholami H., Caffa B., Panci C.(1993) *A Child is a Joy at Any Age*, *Human Reproduction*, 8, p. 1542
6. Αντωνίου Σ.(2001) *Η Διαπολιτισμική Διάσταση στην Κοινωνική Ψυχολογία* στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Τόμος Α, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
7. Applegarth L., Goldberg N., Cholst I., McGoff N., Fantini D., Zellers N. et al (1994), *Families Created Through Ovum Donation: A Preliminary Investigation of Obstetrica: Outcome and Psychosocial Adjustment*, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 11: 177-181.
8. Augoustinos M.(1990), *The Mediating Role of Representations on Causal Attributions in the Social World*, *Social Behavior*, Vol 5, 49-62.
9. Βάντσος Μ. (2000) *Βιοηθική και Θεολογικός Προσανατολισμός*, Εισήγηση στο 31^ο Ιερατικό Συνέδριο της Ι.Α. Γερμανίας, Μόναχο, 30.10-02.11.2000, http://www.orthodoxie.net/gr/Vanco_GR.html
10. Barker K.K.(1998) *A Ship Upon a Stormy Sea: The Medicalization of Pregnancy*, *Social Science of Medicine* Vol 47, pp. 1067-1076.
11. Bauer M. & Gaskell G. (1999) *Towards a Paradigm for Research on Social Representations*, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29, 163-186.
12. Berg B.L.(1998) *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, third edition, Allyn & Bacon.
13. Berger B., Berger P. (2000) *Η Διαμάχη σχετικά με την Οικογένεια* στο Νιόβα-Καλτσούνη Χ. (επιμ.) *Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

14. Bergman M.M.(1998) Social Representations as the Mother of all Behavioral Predispositions?The Relations between Social Representations, Attitudes and Values, *Papers on Social representations*, Vol 7 (1-2), 77-83.
15. Best J. (1989) Images of Issues: The Construction of Social Problems, Aldine, New York.
16. Bhavnani K.K.(1993) Commention M. J. Spink's Paper: Qualitative Research on Social Representations, *Papers on Social Representations*, Vol 2(1), 55-60.
17. Billig M., Condor S., Edwards D., Gane M., Middleton D., Radley A.(1988) Ideological Dilemmas: A Social Psychology of Everyday Thinking, Sage, London.
18. Βλαδίμηρος Λ. (2001) Θεότητες της Εγκυμοσύνης στην Αρχαία Ελλάδα, Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγής και Εμμηνόπαυσης, 13 (3),, σελ.181-187.
19. Blenner J. (1992) Stress and Mediators: Patients' Perceptions of Infertility Treatment, *Nursing Research*, Vol 41, No 2, pp.92-97.
20. Boiving J., Takefman J.E. (1995) Stress Level Across Stages of In Vitro-Fertilization in Subsequently Pregnant and Non-Pregnant Women, *Fertility and Sterility*, 64, pp.802-810.
21. Boiving J., Anderson L., Skoog-Svanberg A. et al (1998) Psychological Reactions During in Vitro Fertilization: Similar Response Pattern in Husbands and Wives, *Human Reproduction*, 13, pp.3262-3267.
22. Βοσνιάδου Τ. (1997) Ζητήματα Μεθοδολογίας στη Διερεύνηση της Ταυτότητας του Φύλου στις Γυναίκες στο Ναυρίδης Κ., Χρηστάκης Μ. Ταυτότητες: Ψυχοκοινωνική Συγκρότηση, εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
23. Βουλγαράκης Η. (1995) Για τον Έρωτα στους Πατέρες της Εκκλησίας στο Παρασκευόπουλος Ι. κ.ά. Διαφυλικές Σχέσεις, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
24. Bowlby J. (1969) Attachment and Loss, Hogarth, London.
25. Breakwell G.1993) Social Representation and Social Identity, *Papers on Social Representations*, Vol 2(3), σελ.1-217.
26. Breakwell G.(2001) Constraints Upon Identity Processes in K. Deaux & G. Philogène Representations of the Social, Blackwell Publishers.
27. Brown R. (2000) Social Identity Theory: Past Achievements, Current Problems and Future Challenges, *European Journal of Social Psychology*, 30, 745-778.
28. Brown R.& Capozza D.(2000) Social Identity Theory in Retrospect and Prospect in D, Capozza & R. Brown, *Social Identity Process*, Sage, London.

29. Burns L.H., Covington S. (2002) Η Ψυχολογία της Υπογονιμότητας στο Παπαληγούρα Ζ. (επιμ.) Υπογονιμότητα-Συμβουλευτική, Τόμος Α, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
30. Burgwyn D. (1981) Marriage Without Children, Harper and Row, New York.
31. Callan V.J. and Hemmessey J.F. (1988) Emotional Aspects and Support in Vitro Fertilization and Embryo-Transfer Programs, *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo-Transfer*, 5, pp.290-295.
32. Carey B.E.(1982) Informed Consent by Participants: Who Participates? Who Consents? In W. A. W. Walters & P. Singer, Oxford University Press.
33. Γενετζάκης Μ., Ουσταμανωλάκης Π., Πισταμαλτζιάν Ν.(1997) Τεχνητή Γονιμοποίηση: Υπάρχει Δικαίωμα Αναπαραγωγής;, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 14, Τεύχος 2, σελ 202-211.
34. Γεροχρήστου Α.(2000) Τεχνητή Γονιμοποίηση: Πεδίο Διαπλοκής Νόμου και Βιοηθικής, *Μ' Ενδιαφέρει*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τεύχος 17, σελ. 28-32.
35. Cinnirella M. (1998)Exploring Temporal Aspects of Social Identity: The Concept of Possible Social Identities, *European Journal of Social Psychology*, 28, 227-248.
36. Coffey A.& Atkinson P.(1996) Making Sense of Qualitative Data, Sage, USA.
37. Γιάκος Δ.(x.x.), Υπερλεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας, εκδόσεις Παγουλάτου.
38. Γούμενου Α., Κουμαντάκης Γ., Φιλιπποπολίτης Κ., Ματαλλιωτάκης Ι.(2000) Μαιευτικά Θέματα: Μια Λαογραφική Προσέγγιση, *Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας*, τόμος ΙΔ, τα-4, σελ. 415-428.
39. Collier J.. Rosaldo M., Yanagisako (2000) (επιμ. Νιόβα-Καλτσούνη Χ.), Υπάρχει Εδώ Μια Οικογένεια-Νέες Ανθρωπολογικές Θεωρήσεις στο Νιόβα-Καλτσούνη Χ. *Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
40. Connoly K., Edelman H., Bartlett H., Cooke I., Lenton E., Pike S. (1993) An Evaluation of Counselling for Couples Undergoing Treatment for in Vitro Fertilization, *Human Reproduction*, Vol. 8, No 8, pp.1332-1338
41. Cook E.P. (1987) Characteristics of the Biopsychosocial Crisis of Infertility, *Child Welfare*, 54, pp. 454-460.
42. Council for Science and Society (CSS Report) (1984) Human Procreation: Ethical Aspects of the New Techniques, Oxford University Press.

43. Covington N. (1998) Psychosocial Evaluation of the Infertile Couple: Implication for Social Work Practice, *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 6, p.21-36.
44. Crowe C. (1985) Women Want It: In Vitro Fertilization and Women's Motivations for Participation, *Women's Studies International Forum*, Vol.8, No 6, p. 547-552.
45. Δάλλα-Βοργιά Π.(1986) Τεχνητή Γονιμοποίηση με το Σπέρμα του Αποθανόντος Συζύγου, *Νομικό Βήμα*, 34,1673.
46. Δάλλα-Βοργιά Π.(1987) Ηθικά και Νομικά Προβλήματα Σχετιζόμενα με τη Τεχνητή Αναπαραγωγή του Ανθρώπου, *Materia Medica Greca*, τόμος 15, τεύχος 6, σελ. 500-502.
47. Δανέζης Ι.Μ.(1986^α) Παιδιά Υψηλής Τεχνολογίας, *Ιατρική*, 49, σελ.391-404.
48. Δανέζης Ι.Μ.(1986) Σπερματέγχυση ή Τεχνητή Γονιμοποίηση; Ιατρικά, Ηθικά και Νομικά Προβλήματα, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 3, σελ. 128-132.
49. Daniels K. R. The Social Responsibility of Gamete Providers, *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 8, p.p. 261-271.
50. Deaux K.(2000)Models, Meanings and Motivations in D. Capozza & R. Brown *Social Identity Processes: Trends in Theory and Research*, Sage, London.
51. Delamond S.(1992) Fieldwork in Educational Settings: Methods, Pitfalls and Perspectives, Falmer, London.
52. Demyttanaevre K., Nijs P. Eveurs-Kiebooms G., et al (1992) Coping and the Effectiveness of Coping Influence the Outcome of In Vitro-Fertilization Through Stress Responses, *Psychoneuroendocrinology*, 17, pp.655-665.
53. Dennerstein L., Morse C. (1988) A Review of Psychological and Social Aspects of in Vitro Fertilization, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, pp.159-170.
54. Denzin N.K. & Lincoln Y.S.(eds) (1998) The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues, Sage.
55. Deschamps J.C. & Devos T. (1998) Regarding the Relationship between Social Identity and Personal Identity in S. Worchel, J. Francisco Morales, D. Pàez & J. C. Deschamps *Social Identity-International Perspectives*, Sage, London.
56. Δημόπουλος Κ.Α. (1991) Ουρολογία, εκδόσεις Πασχαλίδης, 4^η έκδοση.
57. Doise W.(1998) Social Representations in Personal Identity in S. Worchel, J. Francisco Morales, D. Pàez & J. C. Deschamps *Social Identity-International Perspectives*, Sage, London.

58. Dubish J. (1992) Κοινωνικό Φύλο, Συγγένεια και Θρησκεία: Αναπλάθοντας την Ανθρωπολογία της Ελλάδας, στο Παπαταξιάρχης Ε. και Παραδέλλης Θ. (επιμ.) Ταυτότητες και Φύλο στη Σύγχρονη Ελλάδα, εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
59. Duveen G.(1993), The Development of Social Representations of Gender, *Papers on Social Representations*, Vol 2(3), 1-77.
60. Duveen G.& de Rosa A. (1992) Social Representation and the Genesis of Social Knowledge, *Ongoing Social Representations*, Vol 1(2-3), 94-108.
61. Echabe A.E. & Castro J.L.G.(1998), Social Memory Macro Psychological Aspects in U. Flick *The Psychology of the Social*, Cambridge University Press.
62. Edelman R., Connolly K., Bartlett H. (1994) Coping Strategies and Psychological Adjustment of Couples Presenting for IVF, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 38, No 4, pp.355-364.
63. Ehrenreich B.& English D. (1978) For Her Own Good : 150 Years of the Expert's Advice to Women, Anchor Books, New York.
64. Engels F. (1984) Η Καταγωγή της Οικογένειας της Ατομικής Ιδιοκτησίας και του Κράτους, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
65. Erikson E. (1950) Childhood and Society, Penguin, London.
66. Faden R.& Beauchamp T. (1986) A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press.
67. Farr R.(1993) Common Sense, Science and Social Representations, *Public Understanding of Science*, 2 , 189-204.
68. Farr R. & Moscovici S.(1984) Social Representations, Cambridge University Press.
69. Fielding D., Handley S., Duqueno L., Weaver S. & Lui S., Motivation, Attitudes and Experience of Donation: A Follow-Up of Women Donating Eggs in Assisted Conception Treatment, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, Vol. 8, p.p. 273-287.
70. Fiske S.& Taylor S.E. (1991), Social Cognition (second edition), Mc GrawHill, N.Y.
71. Flick U.(1998) Everyday Knowledge in Social Psychology in U. Flick *The Psychology of the Social*, Cambridge University Press.
72. Flick U. (1998a) An Introduction to Qualitative Research, Sage, London.
73. Forrest L., Gilbert M.S. (1992) Infertility: Unanticipated and Prolonged Life Crisis, *Journal of Mental Health Counselling*, Vol 14, No 1, pp.42-58.

74. Foster P. (1995) Women and the Health Care Industry: An Unhealthy Relationship?, Open University Press.
75. Freeman E.W. et al (1985) Psychological Evaluation and Support in a Program of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, *Fertility and Sterility*, 43, p. 48-53.
76. Garcia C.R., Freeman E.Q., Rickels K. et al (1985) Behavioral and Emotional Factors and Treatments Responses in a Study of Anovulatory Infertile Women, *Fertility and Sterility*, 44, pp. 478-483.
77. Gillis J.R. (2000) Ο Μύθος για τις Οικογένειες Περασμένων Εποχών στο Νόβα-καλτσούνη Χ. (επιμ.) Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
78. Greenfeld D., Mazure C., Haseltine F.P., Decherney A. (1983) The Role of Social Worker in the Vitro Fertilization Program, *Social Work in Health Care*, 10, pp.71-79.
79. Greil A.L. (1991) A Secret Stigma: The Analogy between Infertility and Chronic Illness and Disability, *Advances in Medical Sociology*, Vol 2, p. 17-38.
80. Greil A.L., Leitko T.A. & Porter K.L. (1988) Infertility: Its and Hers, *Gender and Society*, Vol 2, No 2, pp.172-199.
81. Hargreaves D.(1987) Psychological Theories of Sex Role Stereotyping in D. Hargreaves & M. Cooley *The Psychology of Sexes*, Harper & Row.
82. Harlow C.R., Fahy U.M., Talbot W.M. et al (1996) Stress and Stress Related Hormones During In Vitro Fertilization Treatment, *Human Reproduction*, 11, pp.274-279.
83. Harré R.(1984) Some Reflections on the Concept of Social Representations, *Social Research*, 51, 927-938.
84. Harré R. (1998) The Epistemology of Social Representations in U. Flick *Psychology of the Social*, p. 129-137, Cambridge University Press, Cambridge.
85. Hewstone M. & Augoustinos M. (1998), Social Attributions and Social Representations in U. Flick *The Psychology of the Social*, Cambridge University Press
86. Hoffman L.W. & Hoffman M.L. (1973) The Value of Children to Parents, in J. Fawcett (eds) *Psychological Perspectives on Population*, Basics Books, New York.
87. Hoffstatter P. (1978) Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία (επιμ. Φίλιας Β., Μετ. Μαστοράκη Τ.), εκδόσεις Νέα Σύνορα, Αθήνα.

88. Hope T. , Lockwood G., Lockwood M.(1995) Should Older Women be Offered IVF, *British Medical Journal*, 310, p. 1455-1456.
89. Hubbard R.(1981) The Case Against in Vitro Fertilization and Implantation, in H. B. Holmes et al *The Custom Made Child*, Humand Press, New York.
90. Jackson J.M.(1988), Social Psychology: Past and Present: An Integrative Orientation, Lawrence Erlbaum Associates, N.J.
91. Jacob E. (1987) Qualitative Research Traditions: A Review, *Review of Educational Research*, 57, p. 1-50.
92. Jahoda G. (1988), Critical Notes and Reflections on Social Representations, *European Journal of Social Psychology*, 18, 195-209.
93. Jane M.& Spink P. (1993) Qualitative Research on Social Representations: The Delightful World of Paradoxes, *Papers on Social Representations*, Vol 2(1), 48-54.
94. Jaspas J. & Fraser C. (1984) Attitudes and Social Representations in R. Farr & S. Moscovici *Social Representations*, Cambridge University Press
95. Jovchelovitch S.(1996), In Defense of Social Representations, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26, 121-135.
96. Ιγγλέση Χ. (1997) Πρόσωπα Γυναικών-Προσωπεία της Συνείδησης-Συγκρότηση της Γυναικείας Ταυτότητας στην Ελληνική Κοινωνία, εκδόσεις Οδυσσέας, ε έκδοση.
97. Ιμβριώτη Ρ. (2002) Η Γυναίκα στο Βυζάντιο, εκδόσεις Περίπλους.
98. Καζλάρης Χ.Ε.(1996) Το Χρυσό μου Παιδί: Τεκνοποίηση με Ιατρική Υποβοήθηση, εκδόσεις Π. Τραυλός-Ε. Κωσταράκη.
99. Καραντζής Σ. (1991) Ιατρο-ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα στην Επεμβατική Γονιμοποίηση, *Πρακτικά 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γυναικολογίας*, Ιωάννινα, 22-25 Μαΐου, 1991.
100. Καραντζής Σ. (2000) Νομικά Απόψεις Πάνω στο Θέμα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Θέσεις της Δημόσιας Διοίκησης, *Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας*, Τόμος ΙΔ, τα-4, σελ. 408-414.
101. Καρπάθιος Σ.Ε. (1998) Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε Γυναίκες Προχωρημένης Ηλικίας: Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 15 (2), σελ 206-213.
102. Kass L.R. (1971) Babies by means of in Vitro Fertilization: Unethical Experiments on the Unborn? *New England Journal of Medicine*, 285, 1174-1179.

103. Καστοριάδης Κ. (1978) Φαντασιακή Θέσμιση της Κοινωνίας, εκδόσεις Πάππας, Αθήνα.
104. Κατερέλος Γ. (1996) Δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων (μετ. Κ. Δημητρίου), εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
105. Κατσιάνος Σ. (1977) Τεχνητή Γονιμοποίηση στο *Ιατρική Ευθύνη* (2η έκδοση), Θεσσαλονίκη, 232-235.
106. Klein R.D. (1985) What's New About the New Reproductive Technologies in G. Corea et al *Man-Made Women: How New Reproductive Technologies Affect Women*, Hutchinson, London.
107. Κορναράκης Ι. (1995) Οι Διαφυλικές Σχέσεις υπό το Πρίσμα της Χριστιανικής Ανθρωπολογίας, στο Παρασκευόπουλος Ι. κ.ά *Διαφυλικές Σχέσεις*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
108. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. (2003) Τεχνητή Γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
109. Κουτσελίνη Α. & Μιχαλοδημητράκη Μ. (1984) Σκέψεις και Νεότερες Απόψεις για την Τεχνητή Γονιμοποίηση, στο *Ιατρική Ευθύνη*, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
110. Kraft A.D., Palombo J., Mitchell D., Dean C., Meyers S., Schmidt A.W. (1980) The Psychological Dimensions of Infertility, *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, pp.618-628.
111. Κριάρη-Κατράνη Ι. (1995) Βιο-ιατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
112. Kurt D. (1997) The Varieties of Social Construction, Theory and Psychology, 7 (3), 399-416.
113. Lauritzen P. (1993) Pursuing Parenthood: Ethical Issues in Assisted Reproduction, Indiana University Press.
114. Λεντάκης Α. (1990) Η Ιερά Πορνεία, εκδόσεις Δωρικός, Αθήνα.
115. Link P.W. & Darling C.A. (1986) Couples Undergoing Treatment for Infertility: Dimensions of Life Satisfactions, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, p. 46-59.
116. Lorber J. (1988) In Vitro Fertilization and Gender Politics, *Women and Health*, 13, pp. 125-139.
117. Λουτράδης Δ.Χ. (1989) Βασικές Αρχές της in Vitro Γονιμοποίησης Ανθρώπινων Ωαρίων, *Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση*, 1, σελ. 34-40.

118. Mahlstedt P. (1985) The Psychological Component of Infertility, *Fertility and Sterility*, 43, pp.335-346.
119. Mahlstedt P. (1987) Emotional Factors and the Vitro Fertilization and Embryo Transfer Process, *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4, p. 232-236.
120. Mahoney J.H. (1992) Religion and Assisted Conception in D. R. Bromhan et al (eds) *Ethics in Reproductive Medicine*, Manchester University Press, Manchester.
121. Mathews R., Mathew A.M. (1986) Infertility and Involuntary Childlessness, *Journal of Marriage and the Family*, 48, p.p. 641-649.
122. Μαντζαβίνος Θ., Κανάκας Ν. (1998) Εξωσωματική Γονιμοποίηση και Νεώτερες Εξελίξεις στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, *Εφηβική Γυναικολογία*, 10(2), σελ. 106-116.
123. Mennings B. (1975) The Infertile Couple: A Plea of Advocacy, *Child Welfare*, 54, pp.454-460.
124. Mennings B. (1980) The Emotional Needs of Infertile Couples, *Fertility and Sterility*, 34 (4), pp.313-319.
125. Merari D., Feldberg D., Elizur A. et al. (1992) Psychological and Hormonal Changes in the Course of in Vitro Fertilization, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9, pp.161-169.
126. Miall C.E. (1985) Perceptions of Informal Sanctioning and the Stigma of Involuntary Childlessness, *Deviant Behavior*, 6, p. 383-403.
127. Miall C.E. (1986) The Stigma of Involuntary Childlessness, *Social Problems*, Vol 33, No 4, p. 268-282.
128. Miall C.E. (1989) Reproductive Technology vs the Stigma of Involuntary Childlessness, *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, p. 43-50.
129. Milad M.P., Klock S.C., Moses S. et al (1998) Stress and Anxiety do not Result in Pregnancy Wastage, *Human Reproduction*, 13, pp.2296-2300.
130. Miles M.B.& Huberman A.M. (1994) Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook, second edition, Sage, Thousand Oaks CA.
131. Μισέλ Α. (1991) Κοινωνιολογία της Οικογένειας και του Γάμου, (επιμ. Μουσούρου Λ.), εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 4^η έκδοση.

132. Mishler E. (1996) Συνέντευξη έρευνας: Νοηματικό Πλαίσιο και Αφήγημα, επιμ. Γ. Καλομοίρη, μετ. Ν. Ρώντα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
133. Μηλίγκος Σ., Λιαπή Α., Λουτράδης Δ., Μιχαλάς Σ., Αραβατινός Δ. (1994) Ετερόλογος Σπερματέγχυση-Ενδείξεις και Προγνωστική Σημασία του Ανδρικού Παράγοντα, *Εφηβική Γυναικολογία*, 6 (1), σελ. 29-37.
134. Monach J.H. (1993) Childless: No Choice The Experience of Involuntary Childlessness, Routledge, London.
135. Moscovici S. (1973) Foreword in C. Herlich *Health and Illness: A Psychological Analysis*, Academic Press, London.
136. Moscovici S. & Hewstone M. (1983) Social Representations and Social Explanations: From the "Naive" to the "Amateur" Scientist in M. Hewstones *Attribution Theory: Social and Fuctional Extensions*, Blackwell, London.
137. Moscovici S. (1984a) The Phenomenon of Social Representations in R. Farr & S. Moscovici *Social Representations*, Cambridge University Press.
138. Moscovici S. (1984b) the Myth of the Lonely Paradigm: A Rejoinder, *Social Research*, 5 (1), 939-968.
139. Moscovici S. (1988) Notes Towards a Description of Social Representations, *European Journal of Social Psychology*, Vol 18, 211-250.
140. Moscovici S. (1998) The History and Actuality of Social Representations in U. Flick *The Psychology of the Social*, Cambridge University Press.
141. Moscovici S. (1999), (μετ. Μ. Κολώνιας, επιμ. Α. Μαντόγλου), Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα και το Κοινό της, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
142. Moscovici S. (2000) Ideas and their Development: A Dialogue between Serge Moscovici and Nana Marková στο S. Moscovici *Social Representations*, Cambridge University Press, 2000.
143. Moscovici S. (2000α) Social Consciousness and its History, in S. Moscovici *Social Representations*, Cambridge University Press, 2000.
144. Moscovici S. (2002) (Επιμ. Α. Μαντόγλου) Η Κοινωνία Δημιουργός Θεών, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
145. Μουρτζανός Θ. (χ.χ.) Βιοηθικά Διλήμματα, <http://www.imd.gr/html/gr/section02/orthodoxy/interesting/44.htm>
146. Μουσούρου Α. (1993) Κοινωνιολογίας της Σύγχρονης Οικογένειας, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2^η έκδοση.

147. Μπουγάτσος Ν.Θ. (1989) Η Ορθόδοξη Θεολογία για το Σκοπό του Γάμου, εκδόσεις Επτάλοφος.
148. Nathanson C.A. (1980) Social Roles and Health Status Among Women: The Significance of Employment, *Social Science and Medicine*, 14A, pp.463-471.
149. Navot D., Berg P., Williams M., Garrisi G., Guzman I., Sandler B. et al (1991) Poor Oocyte Quality Rather than Implantation Rates as a Cause of Age Related Decline in Female Fertility, *Lancet*, 337: 1375-1377.
150. Νόβα-Καλτσούνη Χ. (2000) Ιστορία της Οικογένειας στο Νόβα-καλτσούνη Χ. (επιμ.) Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
151. Oakley A. (1993) Essays in Women, Medicine and Health, Edinburg University, Edinburg.
152. Oyserman D. & Markus H.R. (1998), Self as Social Representation in U. Flick *The Psychology of the Social*, Cambridge University Press.
153. Πάντος Γ. & Μπόντης Ι. (1998) Γονιμότητα στη Κλιμακτήριο-Εμμηνόπαυση, *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 8 (1), σελ 31-35.
154. Παπαληγούρα Ζ. (2000) Οι Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις της Ατεκνίας στο Πλαίσιο των Σύγχρονων Ιατρικών Μεθόδων Αντιμετώπισης της Στειρότητας στο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας, Κέντρο Βρεφών «Μητέρα» Υιοθεσία: Τάσεις Πολιτικής Πρακτικής, εκδόσεις Γρηγόρης, Αθήνα.
155. Παπαστάμου Σ. (2001) Ιστορική και Επιστημολογική Επισκόπηση της Κοινωνιοψυχολογικής Γνώσης στο Σ. Παπαστάμου Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία, Τόμος Α, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
156. Παπαστάμου Σ. (επιμ.) (2003) Τα Υπερ-Φύσιν Ζώα: Το Νοητικό Οικοδόμημα της Ανθρώπινης Ιδιαιτερότητας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
157. Παπαστάμου Σ. & Μαντόγλου Α. (1993) Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας, 4η, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
158. Παπαστάμου Σ. & Μαντόγλου Α. (1995) Κοινωνικές Αναπαραστάσεις, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
159. Παπαστάμου Σ. και Προδρομίτης Γ. (2003) Τρομοκρατία και Εξουσία: Ο Αντίλογος της Συνεκτικότητας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
160. Παπαταξιάρχης Ε. (1992) Εισαγωγή από τη Σκοπιά του Φύλου Ψυχοπολογικές Θεωρήσεις της Σύγχρονης Ελλάδος στο Παπαταξιάρχης Ε. και

- Παραδέλλης Θ. *Ταυτότητες και Φύλο στη Σύγχρονη Ελλάδα*, εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
161. Parkes, Murray C. (1986) *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, Tavistock, London, 2nd edition.
 162. Παταργιάς Α. & Αλεπόρου Γ. (1998) *Γενετική Ανθρώπου*, εκδόσεις Συμμετρία.
 163. Pauer M., Baher R., Abdalla H., Kirkland A., Leonard T., Studd J. (1990) *A Comparison of the Attitudes of Volunteer Donors and Infertile Patient Donors on an Ovum Donation Programme*, *Human Reproduction*, 5, p. 352-355
 164. Paulson R. , Sauer M. (1990) *Human Oocyte and Pre-Embryo Donation: An Evolving Method for the Treatment of Infertility*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163:1421.
 165. Peck E.& Senderowitz J.(eds) (1974) *Pronatalism: The Myth of Mom and Apple Pie*, Crowel, New York.
 166. Phoenix A. & Woollett A.(1999) *Motherhood : social Construction, Politics and Psychology* in A. Phoenix , A. Woollett & E. Lloyd *Motherhood: Meanings, Practices and Ideologies*, Sage.
 167. Πολίτης Χ. (1996) *Ιατρική Ευθύνη, Νέες Μέθοδοι Θεραπείας και Πειραματισμοί*, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
 168. Price F. (1993) *Beyond Expectations: Clinical Practices and Clinical Concerns* in J. Edwards et al (eds) *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception*, Manchester University Press, Manchester.
 169. Randley A. (1994) *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*, Sage, London.
 170. Rätty H. & Snellman L. (1992), *Making the Unfamiliar Familiar-Some Notes on the Criticism of the Theory of Social Representations*, Ongoing Production on Social Representations, Vol 1(1), 3-13.
 171. Rifkin J. (1998) *Ο Αιώνας της Βιοτεχνολογίας: Γενετικό Εμπόριο και η Αυγή του Θαυμαστού Καινούριου Κόσμου*, Νέα Σύνορα.
 172. Ρισπέν Ζ. (2000) *Ελληνική Μυθολογία*, μετ. Κ. Ζαρούκα, εκδόσεις Αργώ.
 173. Rosenfeld D.L., Mitchell E. (1979) *Treating the Emotional Aspects of Infertility: Counselling Services in an Infertility Clinic*, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, pp.177-180.

174. Rowland R. (1987) Technology and Motherhood: Reproductive Choice Reconsidered, *Journal of Women in Culture and Society*, Vol 12, No 3.
175. Σακαλάκη Μ. (1994) Κοινωνικές Ιεραρχίες και Συστήματα Αξιών, εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα.
176. Salkind N.J.(1991), 2η έκδοση, μετ. Δ. Μαρκουλής, Θεωρίες Ανθρώπινης Ανάπτυξης, εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα.
177. Sandelowski M. (1988) Without Child: The world of Infertility Women, *Health Care for Women International*, 9, p.p. 147-161.
178. Sandelowski M. & Jones L.S. (1986) Social Exchanges of Infertile Women, *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 8, p.p. 173-189.
179. Sanders K.A., Bruce N.W., (1999) Psychosocial Stress and Treatment Outcome Following Assisted Reproductive Technology, *Human Reproduction*, vol 16, No 4, pp.1656-1662.
180. Sayres W. (2000) Τι Είναι Τελικά η Οικογένεια στο Νόβα-Καλτσούνη Χ. Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
181. Seibel M.M., Levine S. (1987) A New Era in Reproduction Technologies: The Emotional Stages of in Vitro Fertilization, *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 10, pp. 71-79.
182. Shanner L.J. (1998) Where Bioethics Faltered: The Ethical Implications of Psychosocial Aspects of Infertility, The Santorini Symposium on the Psychological and Ethical Problems of Assisted Reproduction Technology, June 12-13.
183. Snowden R. & E. (1993) The Gift of a Child, second edition, University of Exeter Press.
184. Snowden R. (1998) Psychosocial Discontinuities Introduced by the New Reproductive Technologies, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, p. 249-259.
185. Sotirakopoulou K. & Breakwell G. (1992), The Use of Different Methodological Approaches in the Study of Social Representations, *Ongoing Production on Social Representation*, Vol 1(1), 29-38.
186. Spallone P. (1989) Beyond Conception: The New Politics of Reproduction, MacMillan.

187. Stacey M. (1992) Changing Human Reproduction, Social Science Perspectives, Sage, England.
188. Stanworth M. (1987) Reproductive Technologies and the Deconstruction of Motherhood in M. Stanworth (eds) Reproductive Technologies: Gender, Motherhood, Medicine(Feminist Perspectives), Polity Press.
189. Σταυρόπουλος Α. (1995) Σχέσεις των Δύο Φύλων στην Ορθόδοξη Εκκλησία, στο Παρασκευόπουλος Ι. κ.ά Διαφυλικές Σχέσεις, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
190. Stoler S., Cornet D., Vaugeois et al (1997) the Influence of Psychological Factors on the Outcome of the Fertilization Step of in Vitro Fertilization, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 18, pp.189-202.
191. Strauss A.L. & Corbin J.M. (1990) Basics of Qualitative Research, Sage, California.
192. Stauss B., Appelt H., Bohnet H.G., Ulrich D. (1992) Relationship between Psychological Characteristics and Treatment Outcome in Female Patients from an Infertility Clinic, Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology, 13, pp.121-123.
193. Strauss B., Hepp U., Staeding G., Mettler L. (1998) Psychological Characteristics of Infertile Couples: Can They Predict Pregnancy and Treatment Persistence?, Journal of Community and Applied Social Psychology, 8, pp.289-301.
194. Streptoe R., Edwards R. (1978) Birth After Implantation of a Human Embryo, Lancet, 2:366.
195. Tajfel H. & Forgas J.P. (1981), Social Categorizations: Cognitions, Values and Groups in J.P. Forgas (eds) Social Cognition, Academic Press, London.
196. Timasheff N.S., Theodorson G.A. (1983), (Μετ. Τσαούσης Δ.) Ιστορία Κοινωνιολογικών Θεωριών, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
197. Thieving P., Beaurepaive J., Jones M. et al (1993) Mood State as a Predictor of Treatment Outcome after in Vitro Fertilization/ Embryo Transfer Technology (IVF/ET), Journal of Psychosomatic Research, 37, pp.481-491.
198. Τσαούσης Δ.Γ. (1985), 3η έκδοση, Η Κοινωνία του Ανθρώπου, εκδόσεις Gutenbrg, Αθήνα.
199. Τσαούσης Δ.Γ. (1984) Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

200. Turner J.C. (1985) Social Categorization and the Self Concept: A Social-Cognitive Theory of Group, *Advances in Group Processes*, 2, 77-121.
201. Turner P.J. (1998) Βιολογικό Φύλο, Κοινωνικό Φύλο και Ταυτότητα του Φύλου, επιμ. Ν. Γιαννίτσας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
202. Van Hall E. V. (1983) *The Infertile Couple and Gynaecologist: Psychosocial and Emotional Aspects*, in R. F. Harrison, J. Bonnar & W. Thompson (eds) *Fertility and Sterility: Processings of the Xith Congress on Fertility and Sterility* (pp. 359-368). Lancaster: MTP Press.
203. Van Keep P.A. & Schmidt-Elmendorf H. (1975) Involuntary Childlessness, *Journal of Biosocial Science*, 7, p. 37-48.
204. Veevers J. (1972) The Violation of Infertility More: Voluntary Childlessness as Deviant Behaviour, in C. Bondell, C. Grindstaff & P. Whitehead (eds) *Deviant Behaviour and Societal Reaction*, Rinehart & Winston, Toronto Holt.
205. Veevers J. (1979) Voluntary Childlessness: A Review of Issues and Evidence, *Marriage and Family Review*, 2, p. 1-26.
206. Veevers J. (1980) Childless by Choice, Butterworth, Toronto.
207. Χρυσικόπουλος Α. (2002) Υπογονιμότητα, Στείρωση και Προβλήματα Αναπαραγωγής, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
208. Wagner W.(1992) Social Cognition vs Social Representations-A Comment on Duveen and De Rosa, *Ongoing Production on Social Representation*, Vol 1 (2-3), 109-115.
209. Warren M.A. (1990) Is IVF Research a Threat to Women Autonomy? In P. Singer et al *Embryo Experimentation*, Cambridge University Press.
210. Wasser S.K. (1986) Reproductive Failure Among Women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, pp.153-175.
211. Winston R.M.L. (1991) Resources for Infertility Treatment in W.A.W. Walters (eds) *Human Reproduction: Current and Future Ethical Issues*, Baillière's Clinical Obstetrics and Gynecology , 5, pp. 551-573.
212. Zavalloni M.(1983) Ego-ecology. The Study of Interaction between Social and Personal Identities in A. Jacobson-Widdinds (eds) *Identity: Personal and Socio-Cultural*, Almqvist & Wicksell International, Stockholm.
213. Zavalloni M. & Louis-Generin C. (1996) Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση, επιμ. Α.Β. Ρήγα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ιστοσελίδες

- [Http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/keso_family_sep2002.html](http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/keso_family_sep2002.html)
Προβλήματα της Ελληνικής Οικογένειας: Προβληματισμός και Μέτρα από την Εκκλησία-Προτάσεις δια την Πολιτεία
- [Http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/gamos.html](http://www.ecclesia.gr/greek/Archbishop/ekklisia/gamos.html) Γάμος στην Ορθόδοξη Εκκλησία, 3 Νοεμβρίου 2002.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ-ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ	Σελίδα
Σχήματα	
1. Τύποι γνώσεις και οι σχέσεις τους	18
Ιστογράμματα	
1. Παρουσίαση δείγματος σύμφωνα με τις ομάδες ηλικίας	156
2. Παρουσίαση δείγματος σύμφωνα με τα χρόνια γάμου	156
Σχεδιαγράμματα	
1. Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία με εργασιακή κατάσταση και εγκυμοσύνη στο παρελθόν	204
2. Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία με εργασιακή κατάσταση και παιδιά στην οικογένεια	205
3. Σχέση αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία με πρόβλημα και παιδιά στην οικογένεια	207
4. Σχέση θεμιτής και νόμιμης χρήσης ξένων γαμετών με πρόβλημα και εργασιακή κατάσταση	216
5. Σχέση ηθικής αποδοχής των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής με ηλικιακές ομάδες (πενταετίες) και εγκυμοσύνη στο παρελθόν	218
6. Σχέση αρνητικής αναπαράστασης κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση με εργασιακή κατάσταση και εγκυμοσύνη στο παρελθόν	221
7. Απεικόνιση των παραγόντων, των στοιχείων γονιμότητας, υπογονιμότητας και των χαρακτηριστικών των γυναικών	245

ΠΙΝΑΚΕΣ

A/A	Τίτλος Πίνακα	Σελίδα
1	Κατανομή δείγματος ανά κλινική	157
2	Κατανομή δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης	157
3	Κατανομή δείγματος ανά κατηγορία απασχόλησης	158
4	Κατανομή δείγματος ανά εγκυμοσύνη στο παρελθόν και παιδιά στην οικογένεια	158
5	Κατανομή δείγματος ανά πρόβλημα υπογονιμότητας	159
6	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 13	160
7	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 14	160
8	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 15	160
9	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 16	161
10	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 17	161
11	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 18	161
12	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 19	162
13	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 20	162
14	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 21	162
15	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 23	163
16	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 22	163
17	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 24	164
18	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 25	164
19	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 26	164
20	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 27	165
21	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 28	165
22	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 29	165
23	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 31	166
24	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 32	166
25	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 45	166
26	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 46	167
27	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 47	167
28	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 36	168
29	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 37	168
30	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 39	168
31	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 40	169
32	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 41	169
33	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 42	169
34	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 38	170
35	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43α	170
36	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43β	170
37	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43γ	171
38	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43δ	171
39	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43ε	171
40	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43ζ	172
41	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 43η	172
42	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 44	173
43	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 48	173
44	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 49	173
45	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 50	174
46	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 51	174
47	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 52	174
48	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 53	175
49	Συχνότητες των απαντήσεων της ερώτησης 54	175
50	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά πρόβλημα	178
51	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά τύπο υπογονιμότητας	179
52	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά θρησκευτικό αίσθημα	180
53	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση	181
54	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά κατηγορία ευθύνης	182
55	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων γονιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα	183
56	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά πρόβλημα	186

57	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά τύπο υπογονιμότητας	188
58	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά θρησκευτικό αίσθημα	189
59	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση	189
60	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά κατηγορία ευθύνης	190
61	Κατανομή συχνοτήτων των στοιχείων υπογονιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα	191
62	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά πρόβλημα	193
63	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά τύπο υπογονιμότητας	194
64	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά θρησκευτικό αίσθημα	194
65	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά εργασιακή κατάσταση	195
66	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά κατηγορία ευθύνης	195
67	Κατανομή συχνοτήτων των χαρακτηριστικών γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα	196
68	Πρώτος παράγοντας προγεννητισμού-Αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού	201
69	Μέσοι όροι και τ.α. της αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού με την ηλικία	202
70	Μέσοι όροι και τ.α. της αποδοχής των κανόνων προγεννητισμού με το θρησκευτικό αίσθημα	202
71	Δεύτερος παράγοντας προγεννητισμού: Αποδοχή των κανόνων προγεννητισμού ως ενταξιακή διαδικασία	203
72	Αποτελέσματα συσχέτισης των μεταβλητών εργασιακή κατάσταση και ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια	208
73	Αποτελέσματα συσχέτισης των μεταβλητών τύπος υπογονιμότητας και παιδιά στην οικογένεια	209
74	Πρώτος παράγοντας υπογονιμότητας: Δοξασία δίκαιου κόσμου	211
75	Μέσοι όροι και τ.α. της δοξασίας του δίκαιου κόσμου με το θρησκευτικό αίσθημα	212
76	Δεύτερος παράγοντας υπογονιμότητας: Γυναικεία Σεξουαλικότητα	212
77	Μέσοι όροι και τ.α. της γυναικείας σεξουαλικότητας με το πρόβλημα	213
78	Πρώτος παράγοντας νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής: Θεμιτή και Νόμιμη Χρήση των ξένων γαμετών	215
79	Δεύτερος παράγοντας νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής: Ηθική Αποδοχή των Νέων Τεχνολογιών Αναπαραγωγής	216
80	Μέσοι όροι και τ.α. του Ηθική Αποδοχή των Νέων Τεχνολογιών Αναπαραγωγής με τον τύπο της υπογονιμότητας	217
81	Πρώτος παράγοντας αναπαράστασης κοινωνίας: Αρνητική αναπαράσταση κοινωνίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση	220
82	Δεύτερος παράγοντας αναπαράστασης κοινωνίας: Μη-Ιατρική πρόσληψη Υπογονιμότητας	222
83	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση και παιδιά στην οικογένεια	223
84	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση και παιδιά στην οικογένεια	224
85	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά εργασιακή κατάσταση και παιδιά στην οικογένεια	225
86	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση και είδος υπογονιμότητας	226
87	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά εργασιακή κατάσταση και είδος υπογονιμότητας	227
88	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά εργασιακή κατάσταση και είδος υπογονιμότητας	228
89	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά πρόβλημα και παιδιά στην οικογένεια	229
90	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά πρόβλημα και παιδιά στην οικογένεια	230
91	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά πρόβλημα και παιδιά στην οικογένεια	231
92	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά ηλικία και δευτερογενή υπογονιμότητα	232
93	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά ηλικία και πρωτογενή υπογονιμότητα	232
94	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά ηλικία και δευτερογενή υπογονιμότητα	233
95	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά ηλικία και πρωτογενή υπογονιμότητα	234
96	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά ηλικία και δευτερογενή υπογονιμότητα	235
97	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά ηλικία και πρωτογενή υπογονιμότητα	236
98	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας ανά πρόβλημα και εργασιακή κατάσταση	237
99	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας ανά πρόβλημα και εργασιακή κατάσταση	237
100	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών ανά πρόβλημα και εργασιακή κατάσταση	238
101	Κατανομή συχνοτήτων απαντήσεων κατηγοριών ατομικής ευθύνης	258
102	Κατανομή συχνοτήτων απαντήσεων κατηγοριών ευθύνης ζευγαριού	258
103	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας -ατομική ευθύνη	261
104	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας -ατομική ευθύνη	262
105	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών-ατομική ευθύνη	263
106	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων γονιμότητας –ευθύνη ζευγαριού	264
107	Κατανομή συχνοτήτων στοιχείων υπογονιμότητας –ευθύνη ζευγαριού	264
108	Κατανομή συχνοτήτων χαρακτηριστικών γυναικών–ευθύνη ζευγαριού	265
109	Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης αντιστοιχιών (Σχεδιάγραμμα 7)	314-315

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΑ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Στα πλαίσια μιας πανεπιστημιακής έρευνας για τις κοινωνικές στάσεις των γυναικών οι οποίες ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, διαμορφώσαμε ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο παρακαλούμε να απαντήσετε εκφράζοντας την αυστηρά προσωπική σας άποψη. Οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

Στις περισσότερες απαντήσεις καλείστε να απαντήσετε χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα, κυκλώνοντας κάθε φορά τον αριθμό που εκφράζει την προσωπική σας άποψη.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας

1. Πόσων χρόνων είστε; Αναφέρατε το έτος γέννησης:.....
2. Πότε παντρευτήκατε; Αναφέρατε το έτος του γάμου :
3. Πότε πήρατε την απόφαση με τον σύντροφό σας να κάνετε παιδιά; (κυκλώστε το αντίστοιχο)
 - A Πριν από το γάμο
 - B Έξι μήνες μετά το γάμο
 - Γ Από έξι μήνες έως ένα χρόνο μετά το γάμο
 - Δ Από ένα χρόνο έως τρία χρόνια μετά το γάμο
 - E Από τρία χρόνια και πάνω
4. Έπειτα από πόσο χρονικό διάστημα από την απόφαση να αποκτήσετε παιδιά διαπιστώσατε ότι είχατε δυσκολίες; Αναφέρατε το διάστημα σε μήνες:.....
5. Πώς αντιδράσατε αρχικά και ποιες ήταν οι πρώτες σας σκέψεις;

.....

.....

.....

.....

.....

.....
6. Την πρώτη φορά που αναζητήσατε ιατρική βοήθεια, για το θέμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζατε, ο σύντροφός σας ήταν ενήμερος;
 - A. NAI B. OXI
7. Σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, οι δυσκολίες παρουσιάζονται:
 - i) Σε εσάς ii) Στο σύζυγο iii) Και στους δύο
8. Έχετε μείνει έγκυος στο παρελθόν;
 - A. NAI B. OXI
9. Είστε απόφοιτη (κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο)
 1. Γυμνασίου
 2. Λυκείου
 3. Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής
 4. Μεταπτυχιακού Διπλώματος
 5. Ιδιωτικής Σχολής
 6. Κάτι άλλο (Προσδιορίστε τι).....
10. Με τι ασχολείστε; (κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο)
 1. Οικιακά
 2. Δημόσιος Υπάλληλος
 3. Ιδιωτική Υπάλληλος
 4. Απασχόληση σε επιχείρηση του συζύγου μου
 5. Περιστασιακή Απασχόληση
 6. Ελεύθερη Επαγγελματίας
 7. Κάτι άλλο (Προσδιορίστε τι).....
11. Υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια σας; (πχ του συζύγου από άλλο γάμο;)

A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

12. Ονομάστε τη θεραπευτική διαδικασία που ακολουθείτε και αναφέρατε το στάδιο της διαδικασίας στο οποίο βρίσκεστε τώρα:

.....

.....

.....

.....

13. Κατά τη γνώμη σας τα παιδιά είναι η φυσική και η φυσιολογική κατάληξη του γάμου

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

14. Τα παιδιά είναι πηγή ενδιαφέροντος και ποικιλίας στη ζωή

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

15. Τα παιδιά κάνουν το γάμο ευτυχισμένο και λιγότερο εύαλωτο στο διαζύγιο

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

16. Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν μια έκφραση ώριμης αγάπης

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

17. Τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση φιλίας με άλλους ενήλικες οι οποίοι έχουν παιδιά

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

18. Τα παιδιά είναι αναγκαία για τη γυναικεία ευτυχία

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

19. Τα παιδιά επιβεβαιώνουν την ανδρική ή γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα και ικανότητα

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

20. Η κυριότερη λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγική, δηλαδή η εξασφάλιση των παιδιών

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

21. Το ζευγάρι συνεισφέρει στην κοινωνία με τη γέννηση του παιδιού τους

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

22. Η μητρότητα είναι συνώνυμο της θηλυκότητας

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

23. Ο γονεϊκός ρόλος είναι ο πιο σημαντικός της ενήλικης ζωής

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

24. Η μητρότητα είναι αναγκαία για την ολοκληρωμένη και ώριμη γυναίκα

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

25. Ο προορισμός της κάθε γυναίκας είναι η απόκτηση παιδιού

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

26. Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν παιδιά δεν παρουσιάζουν τη θηλυκότητα αυτών που έχουν

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

27. Πιστεύετε ότι η έλλειψη γονιμότητας έχει ψυχολογική βάση ανεξάρτητα από την αιτία που διαπιστώνεται

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

28. Η γυναίκα όταν διαπιστώνει προβλήματα γονιμότητας θα πρέπει να ανατρέχει στο παρελθόν της εξετάζοντας την προσωπική της ζωή

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

29. Για την έλλειψη γονιμότητας ευθύνεται :
α) το άτομο ή β) το ζευγάρι; (Κυκλώστε το αντίστοιχο)

30. Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

31. Η έλλειψη γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γυναίκα

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

32. Η γονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική ικανότητα του ατόμου

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

33. Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά της γονιμότητας;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

34. Ποια θέματα, λέξεις ή φράσεις είναι χαρακτηριστικά του αντιθέτου της γονιμότητας;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

35. Κατά τη γνώμη σας, οι γυναίκες είναι (Δώστε το λιγότερο πέντε –5-λέξεις ή φράσεις-χαρακτηριστικά των γυναικών)

- 1).....
 2).....
 3).....
 4).....
 5).....

***Για κάθε μια απάντηση βάλτε σε κύκλο τα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν μέρος της προσωπικότητάς σας καθώς επίσης και τα πρόσημα + ή – για τα θετικά ή για τα αρνητικά χαρακτηριστικά αντίστοιχα.**

36. Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής βοηθούν και διορθώνουν τα λάθη της φύσης

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

37. Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής ακολουθεί τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μας

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

38. Ποια ήταν η πηγή της αρχικής σας πληροφόρησης για τις νέες μεθόδους αναπαραγωγής;

1. Γιατρός
 2. Φίλοι/Γνωστοί
 3. Τηλεόραση/Ραδιόφωνο
 4. Βιβλία/Περιοδικά
 5. Κάτι άλλο (Προσδιορίστε τι).....

39. Η χρησιμοποίηση ωαρίου από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

40. Η χρησιμοποίηση σπέρματος από ξένα άτομα είναι θεμιτό και νόμιμο

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

41. Εσείς θα δεχόσασταν τη λήψη σπέρματος ή ωαρίου ξένου ατόμου;

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

42. Πιστεύετε ότι το να απευθυνθείτε σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι κοινωνικά επιθυμητό;

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

43. Κατά τη γνώμη σας, η κοινωνία πιστεύει:

*η εξωσωματική γονιμοποίηση διαχωρίζει το βιολογικό από το κοινωνικό μέρος του γονεϊκού ρόλου

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*η εξωσωματική γονιμοποίηση εναντιώνεται στη φύση

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει μη αποδεκτές πρακτικές

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στον πειραματικό χειρισμό των εμβρύων

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*τα προβλήματα γονιμότητας οφείλονται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πολύ αγχωμένες

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*η μη γονιμότητα δεν είναι ασθένεια και συνεπώς δεν χρειάζεται ιατρική βοήθεια

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

*υπάρχουν πολλά παιδιά που περιμένουν να υιοθετηθούν και συνεπώς δεν θα πρέπει κάποιος να επιμένει τόσο πολύ να κάνει παιδί

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

44. Κατά τη γνώμη σας, το χριστιανικό δόγμα είναι η μόνη ορθή και ηθική ρύθμιση των σεξουαλικών σχέσεων

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

45. Ο σκοπός του σεξ είναι η αναπαραγωγή

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

46. Η σεξουαλικότητα της γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά είτε τα προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται στην ίδια είτε στο σύντροφό της

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

47. Η σεξουαλικότητα του άντρα επηρεάζεται μόνο όταν τα προβλήματα γονιμότητας στο ζευγάρι οφείλονται σε αυτόν

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

48. Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το θρησκευτικό αίσθημα; (κυκλώστε το αντίστοιχο)

1. Πιστό 2. Θρησκευόμενο 3. Ουδέτερο

49. Η θρησκεία υποστηρίζει ότι τα προβλήματα γονιμότητας σε ένα ζευγάρι είναι θέλημα Θεού

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

50. Ο Χριστιανισμός δέχεται τη χρήση των νέων τεχνικών αναπαραγωγής

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

51. Κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα γονιμότητας είναι σύγχρονο φαινόμενο

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

52. Η νέα τεχνολογία αναπαραγωγής «εισβάλλει» στην κρεβατοκάμαρα του ζευγαριού

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

53. Η χρήση των νέων μεθόδων αναπαραγωγής δίνουν λύση (κυκλώστε έναν αριθμό)

1) στην ατεκνία

2) στα προβλήματα γονιμότητας

54. Η μη προσφυγή, σε περίπτωση προβλημάτων γονιμότητας, στην επιστήμη είναι αθέμιτη

ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 1	ΔΙΑΦΩΝΩ 2	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ 3	ΣΥΜΦΩΝΩ 4	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ 5

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....

Ευχαριστούμε πολύ
 Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία

Πίνακας 109: Αποτελέσματα Παραγοντικής Ανάλυσης Αντιστοιχιών (Σχεδιάγραμμα 7)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ			ΣΥΝΤΕΤΑΓΜΕΝΕΣ					ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΞΟΝΩΝ					ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ				
	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PR1A - PR1A	3.93	2.20	0.08	0.51	-0.29	0.17	0.87	0.1	5.1	1.7	0.6	19.3	0.00	0.12	0.04	0.01	0.35
PR1B - PR1B	4.09	2.16	-0.11	-0.78	0.09	0.31	-0.39	0.2	12.2	0.2	2.3	3.9	0.01	0.28	0.00	0.05	0.07
PR1C - PR1C	3.93	2.20	-0.03	0.24	0.13	-0.47	-0.43	0.0	1.1	0.3	5.0	4.7	0.00	0.03	0.01	0.10	0.08
PR2A - PR2A	3.93	2.19	0.42	0.52	-0.56	0.24	-0.33	2.8	5.3	6.2	1.3	2.8	0.08	0.12	0.14	0.03	0.05
PR2B - PR2B	4.09	2.08	0.01	-0.83	-0.21	0.12	0.49	0.0	13.9	1.0	0.4	6.4	0.00	0.33	0.02	0.01	0.12
PR2C - PR2C	3.93	2.29	-0.49	0.28	0.71	-0.34	-0.14	3.8	1.6	10.0	2.7	0.5	0.10	0.04	0.22	0.05	0.01
TC1A - TC1A	5.04	1.58	-0.89	0.20	-0.14	-0.38	0.19	16.1	1.0	0.5	4.2	1.2	0.50	0.02	0.01	0.09	0.02
TC1B - TC1B	4.96	1.56	0.35	-0.16	0.02	0.55	0.07	2.5	0.7	0.0	8.8	0.1	0.08	0.02	0.00	0.19	0.00
TC1C - TC1C	2.68	3.88	1.03	-0.03	0.22	-0.31	-0.44	11.5	0.0	0.7	1.5	3.3	0.28	0.00	0.01	0.02	0.05
TC2A - TC2A	2.05	5.35	-0.64	0.44	0.27	0.87	-0.43	3.4	1.9	0.8	9.1	2.4	0.08	0.04	0.01	0.14	0.03
TC2B - TC2B	2.20	4.81	-1.02	-0.45	-0.11	0.20	0.84	9.2	2.2	0.1	0.5	10.1	0.21	0.04	0.00	0.01	0.15
TC2C - TC2C	8.42	0.53	0.45	0.02	-0.03	-0.26	-0.12	6.8	0.0	0.0	3.3	0.7	0.38	0.00	0.00	0.13	0.03
SC1A - SC1A	4.72	1.75	0.61	0.07	-0.11	-0.45	-0.17	7.2	0.1	0.3	5.5	0.9	0.21	0.00	0.01	0.12	0.02
SC1B - SC1B	4.33	1.92	-0.54	-0.41	-0.40	-0.16	-0.36	5.2	3.6	3.5	0.6	3.6	0.15	0.09	0.08	0.01	0.07
SC1C - SC1C	3.46	2.70	-0.04	0.44	0.67	0.79	0.68	0.0	3.3	8.0	12.7	10.3	0.00	0.07	0.17	0.23	0.17
SC2A - SC2A	4.64	1.72	0.21	0.30	-0.76	0.23	-0.17	0.8	2.1	13.5	1.4	0.9	0.03	0.05	0.33	0.03	0.02
SC2B - SC2B	5.43	1.37	0.00	-0.58	0.22	-0.47	0.28	0.0	9.1	1.4	7.1	2.8	0.00	0.25	0.04	0.16	0.06
SC2C - SC2C	2.36	4.53	-0.36	0.84	1.07	0.54	-0.27	1.2	8.1	13.8	4.0	1.1	0.03	0.15	0.25	0.06	0.02
IN1A - IN1A	5.98	1.14	0.45	0.21	-0.39	-0.06	0.47	5.0	1.3	4.5	0.1	8.4	0.18	0.04	0.13	0.00	0.19
IN1B - IN1B	3.78	2.70	-0.62	-0.08	-0.24	0.63	-0.82	6.0	0.1	1.1	8.7	16.4	0.14	0.00	0.02	0.15	0.25
IN1C - IN1C	3.15	3.12	-0.18	-0.30	1.04	-0.64	0.01	0.4	1.4	17.4	7.5	0.0	0.01	0.03	0.35	0.13	0.00
IN2A - IN2A	5.27	1.54	-0.67	0.51	-0.46	-0.46	0.00	9.5	6.9	5.7	6.5	0.0	0.29	0.17	0.14	0.14	0.00
IN2B - IN2B	5.66	1.30	0.27	-0.71	0.12	0.42	-0.05	1.6	14.2	0.4	5.9	0.1	0.05	0.39	0.01	0.14	0.00
IN2C - IN2C	1.97	5.65	0.92	0.69	0.94	0.03	0.01	6.8	4.6	8.9	0.0	0.0	0.15	0.08	0.16	0.00	0.00

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ					ΣΥΝΤΕΤΑΓΜΕΝΕΣ					ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΣΟΝΩΝ					ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ				
IDEN	LIBELLE COURT	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
S33	- Γ_Δημιουργία	0.79	21.77	-0.24	-0.36	0.07	-0.57	0.18	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.01	0.00	0.02	0.00	
S33	- Γ_Θεϊκή Διάσταση	0.24	87.26	-0.10	-1.67	0.19	-0.08	0.35	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	
S33	- Γ_Κύηση-γέννηση	1.73	10.21	-0.01	0.03	-0.62	0.19	0.30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.04	0.00	0.01	
S33	- Γ_Φύση-Γη	0.79	18.59	-0.14	0.45	0.39	0.37	0.42	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	
S33	- Γ_Οικογένεια	1.73	7.53	0.03	0.01	-0.40	0.09	0.49	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.02	0.00	0.03	
S33	- Γ_Ψυχολ Παράγ	1.49	13.67	-0.01	-0.07	0.49	-0.51	-0.31	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.02	0.02	0.01	
S33	- Γ_Ολοκλ/ση γον ρολ	2.05	8.40	0.28	0.13	0.16	-0.45	-0.14	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.00	0.02	0.00	
S33	- Γ_Γυν ταυτ	0.31	38.72	-0.33	-0.35	0.27	0.76	-0.30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	
S33	- Γ_Ψυχ προυπ	1.57	13.83	0.32	0.30	-0.11	-0.30	-0.22	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.01	0.00	0.01	0.00	
S33	- Γ_Υγεία	0.55	41.15	-0.26	-0.24	-0.49	0.58	0.12	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	
S33	- Γ_Βιολ στοιχ	2.12	12.37	-0.68	-0.36	0.00	0.18	-0.05	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.04	0.01	0.00	0.00	0.00	
S34	- Υ_Ελλειψ Ολοκλ	0.47	34.31	-0.41	0.06	-0.16	-0.54	-0.20	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	
S34	- Υ_Ψυχολ Παράγ	3.62	6.66	-0.29	-0.15	0.18	-0.35	-0.09	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.00	0.02	0.00	
S34	- Υ_Ιατρική Αντιμ	0.16	78.44	-1.29	-0.58	-0.63	0.20	-0.01	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	
S34	- Υ_Εναλλ Αντιμ	0.08	157.88	-1.14	-1.60	0.14	-0.54	1.84	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.02	0.00	0.00	0.02	
S34	- Υ_Ιατρικά Αίτια	1.18	20.89	-0.23	-0.30	-0.27	0.46	-0.56	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	
S34	- Υ_Στεριρότητα	1.57	7.32	0.14	0.02	0.07	-0.25	0.18	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	
S34	- Υ_Υπογον	0.87	17.82	-0.19	0.36	0.49	0.15	0.76	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.01	0.01	0.00	0.03	
S34	- Υ_Ατεκνία	0.71	16.93	-0.14	-0.52	-0.41	0.36	0.17	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.02	0.01	0.01	0.00	
S34	- Υ_Αναπηρία	0.39	31.68	0.04	-0.51	0.38	0.60	-0.48	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01	
S34	- Υ_κοινων πλευρά	0.31	38.72	0.23	0.55	-0.10	0.37	0.26	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	
S34	- Υ_προς επιλογές	0.31	58.58	0.65	0.14	-0.92	0.32	-0.20	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00	
S35	- Θύμ.καταπίεσης	0.31	58.58	1.12	0.10	0.21	-0.41	-0.74	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.02	0.00	0.00	0.00	0.01	
S35	- ενεργ.δυναμικές	7.87	1.94	0.15	-0.04	-0.15	0.21	0.07	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.01	0.02	0.00	
S35	- Γυν.Ταυτότητα	1.10	10.35	-0.32	-0.08	0.38	-0.26	-0.17	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.01	0.01	0.00	
S35	- Αρνητικές	1.49	9.12	-0.22	0.02	-0.05	-0.08	-0.30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	
S35	- Ωριμες	1.26	8.93	-0.08	0.01	-0.48	-0.15	0.10	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	
S35	- Συναισθηματικές	4.48	2.90	-0.04	-0.23	-0.01	-0.21	0.02	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	
S35	- Βάση της οικογ	0.31	38.72	-0.62	0.33	0.14	-0.40	1.05	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.00	0.00	0.03	
S35	- Μητέρες	1.26	8.93	-0.33	-0.06	0.23	-0.34	0.30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	
S35	- Σύζυγος	0.47	34.31	-0.06	0.00	0.11	-0.27	0.67	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	