

АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ ПРОБЛЕМ ПРИ БЕСПЛОДИИ В СУПРУЖЕСТВЕ

Основа взаимоотношений мужчины и женщины – естественное стремление к продолжению человеческого рода. Рождение и воспитание ребенка в любом обществе воспринимаются как ступень к достижению зрелости и сексуального самоутверждения, реальных положительных перспектив

Е.Н. БОРИС

к.мед.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л.Шулика, директор Центра научно-доказательной медицины, главный репродуктолог ГУЗО г.Киева

О.В. РОМАЩЕНКО

д.мед.н., главный научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии Института урологии НАМН Украины

М.В. ПОВОРОЗНИК

врач сексопатолог-андролог НМАПО им. П.Л.Шулика

И.Б. БИЛОГОЛОВСКИЙ

врач Институт урологии НАМН Украины

М.Г. ТЮНИНА

психотерапевт Институт урологии НАМН Украины

Однако, по данным ВОЗ, во многих странах мира сохраняется тенденция к увеличению числа супружеских пар, страдающих бесплодием (8-10% в популяции) [1].

Одна из причин явного роста бесплодных пар связана с улучшением методов диагностики и активным внедрением в практическую медицину вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [2]. Необходимо учитывать также и тот факт, что благодаря созданию и совершенствованию за последние 30-40 лет системы планирования семьи для женщин открыт доступ к современным контрацептивным средствам, позволяющим контролировать фертильность и возможность перенести беременность на более поздний возрастной период.

Бесплодие в супружестве условно обозначается как биографический раскол, ибо это определение позволяет в некоторой степени отразить страдания и эмоциональные конфликты тех, кто находится в таком состоянии. Частичная или полная утрата возможности рождения желанного ребенка становится моральной потерей в жизни пар, отождествляемой с потерей близкого человека [3].

Согласно данным P. Lauritzen, при мужском бесплодии у пациентов преобладают чувства, сравнимые с потерей ребенка, которого они надеялись иметь в реальном будущем [4].

В последние десятилетия, когда знание и понимание репродуктивной физиологии расширили горизонты медицины, в практику вошли новые ВРТ, способствующие созданию терапевтических альтернатив при лечении семейного бесплодия. На наш взгляд, внедрение в практическую медицину новых технологий, способствующих рождению ребенка, должны быть исследованы в более широком контексте, включающем социальные, экономические, исторические, культурные категории. В то же время понимание истинного значения проблемы бес-

плодия в личностном аспекте как для женщины, так и для мужчины, возможно только с учетом их гендерных ролей.

Термин «гендер» происходит от латинского слова *genus* – пол. Первоначально его использовали с целью отличия полов в анатомическом, а не в социальном или психологическом смысле. Пол определяет анатомическую организацию различий между мужчиной и женщиной, в то время как гендер указывает на социальные и психологические особенности сексуальной личности. В широком смысле гендер является социальным определением, характеризующим социальные взаимоотношения полов, а также роли, которые мужчина и женщина выполняют в обществе [5].

По мнению V. Matamala и O. Maunou, в основе этого определения содержатся четыре основных принципа, которые и обозначают социальные взаимоотношения между мужчиной и женщиной: сексуальность, репродуктивная активность, сексуальное разделение по роду профессиональной занятости, распределение в обществе в зависимости от гражданской позиции [6].

В основе гендера лежит различие по степени влияния в обществе и положения в этом обществе женщины и мужчины. В начале 70-х годов XX в., когда вопрос гендерных ролей и прав женщин стал одной из основных проблем общества, появились и широко распространились новые современные контрацептивы, в том числе гормональные, которые использовали преимущественно женщины, получив дополнительную степень свободы. Доступ к современным методам контрацепции позволил женщинам свободно планировать рождение желанного ребенка или откладывать беременность в силу разных причин на более позднее время. Возможность женщины принимать независимое решение о времени желанной беременности увеличила значимость ее роли в решении столь важного в семье вопроса – рождении ребенка.

Несмотря на современные достижения в области репродуктологии, все в этом мире возвращается на круги своя: основным предназначением женщины в обществе по-прежнему остается способность производить на свет детей. В связи с этим женщин условно распределяют на репродуктивно активных и неспособных к реализации репродуктивной функции.

В то же время такое определение как «безотцовщина» в социальном смысле давно не существует. Понятие материнства символизирует тесную взаимосвязь матери и ребенка не только в биологическом смысле. Мужчины в большинстве своем определяют отношение к ребенку по степени понимания принципов отцовства, которые связаны с правом собственности на детей, так как новорожденный происходит из их спермы.

До 50-х годов прошлого века большинство исследований по изучению бесплодия были сосредоточены на психосоциальных, а не биологических причинах данной проблемы. На протяжении последующих двадцати лет с развитием диагностических технологий и лапароскопии исследовались более глубоко женские и мужские анатомические, патофизиологические, инфекционные, морфологические, иммунные, эндокринные и прочие причины бесплодия. С помощью новых технологий стало возможно более точно установить биологические причины бесплодия, которые ранее не учитывались. Лучшее знание репродуктивной эндокринологии позволило с большей степенью точности вмешиваться в нарушения различных генеративных функций мужского и женского организмов, чтобы реабилитировать столь важные физиологические процессы.

Несмотря на то, что научный прогресс позволяет разрушить традиционные гендерные роли в структуре семьи, он не смог до конца разрушить социальные нормы гендерных отношений в семье [7].

Несомненно, женщины и мужчины, страдающие бесплодием, испытывают дискомфорт в обществе, в котором преобладают семьи с сохраненной способностью иметь детей. Желание иметь ребенка является главенствующим в каждой семье. Быть родителями – необходимая часть естественной жизни совершенных мужчин и женщин. В связи с этим последствия бесплодия, которые по-разному в эмоциональном плане влияют на мужчину и женщину, должны быть более глубоко изучены, объяснены и учтены.

Когда ожидаемые надежды при создании той или иной модели семьи не оправданы, партнеры, каждый в отдельности или одновременно, должны пройти определенный процесс психологических перемен, чтобы адаптироваться к неожиданной реальности. При бесплодии в супружестве, традиционно обвиняя женщи-

ну, мужчина подсознательно упрекает ее за последствия возможных ранее сексуальных контактов. Вот почему чаще всего женщины первыми обращаются за специализированной медицинской помощью, проходят диагностические процедуры. В последнее время такая позиция пересмотрена, и концепция одновременного обследования супругов при бесплодии стала доминирующей.

ВРТ расширили возможность реабилитации репродуктивной функции мужчин и женщин, но не изменили дисбаланс их участия в необходимом лечении. По сей день большая степень ответственности и проблем возлагается на женщину. Поскольку ВРТ базируются на различных вмешательствах в фертильную активность женского организма, они укрепляют факт материнства в биологическом, а не социальном значении.

С. Crowe утверждает, что женщины считают материнство более важным, чем передача генетической информации при биологическом материнстве [8].

Социально-психологические последствия для бесплодных пар возросли при развитии ВРТ, которые стали своеобразной «репродуктивной пулей», позволяющей эффективно решать репродуктивные вопросы. Неудачи в использовании таких технологий приводят к большим психологическим последствиям, порой даже более глубоким, чем их недоступность. В некоторых случаях фертильные пары могут использовать следующие методики:

- искусственную инсеминацию фертильной женщине при мужском факторе (олиго-, аспермия и пр.) либо при иммунологическом бесплодии;
- предимплантационную генетическую диагностику при наличии риска генетической патологии плода, которая позволяет провести генетическое тестирование эмбриона до переноса его в полость матки;
- анатомический мужской фактор при сохраненной фертильности мужчины (например врожденные дефекты половых органов, травмы, осложнения после хирургических операций: обструкция семявыносящего протока и пр.);
- суррогатное материнство при экстрагенитальной патологии матери, несовместимой с беременностью и/или родами;
- донацию биологического материала (яйцеклетки, сперматозоида, эмбриона) при наличии соматических, генетических рисков у родителей [9].

Существующий дисбаланс между уровнями возможных потребностей в лечении супружеского бесплодия и разработанных ВРТ заключается в первую очередь в том, что при решении проблемы не учитываются психологические аспекты каждого из супругов, и несоблюдение этих деталей приводит к гендерному дисбалансу.



Социально-психологические последствия для бесплодных пар возросли при развитии вспомогательных репродуктивных технологий, которые стали своеобразной «репродуктивной пулей», позволяющей эффективно решать репродуктивные вопросы. Неудачи в использовании таких технологий ведут к большим психологическим последствиям, порой более глубоким, чем их недоступность. Эти методики в некоторых случаях могут использоваться также фертильными парами:

- искусственная инсеминация фертильной женщины при мужском факторе (олиго-, аспермия и пр.), либо при иммунологическом бесплодии;
- предимплантационная генетическая диагностика при наличии риска генетической патологии плода, которая позволяет провести генетическое тестирование эмбриона еще до переноса его в полость матки;
- анатомический мужской фактор при сохраненной фертильности мужчины (например, врожденные дефекты половых органов, травмы, осложнения после хирургических операций: обструкция семявыносящего протока и пр.);
- суррогатное материнство при экстрагенитальной патологии матери, несовместимой с беременностью и/или родами;
- донация биологического материала (яйцеклетки, сперматозоида, эмбриона) при наличии соматических, генетических рисков у родителей и пр.



Проблема бесплодия в супружестве должна рассматриваться с учетом биологических, психоэмоциональных, социальных и гендерных соотношений. Выбор тактики лечения в каждом конкретном случае должен быть аргументирован в зависимости от характера и степени изменений со стороны органов репродуктивной системы мужчины и женщины и адаптирован к их психоэмоциональному состоянию. При лечении бесплодия в супружестве методологические подходы и выбор тактики терапии гинекологу необходимо обосновывать совместно с андрологом и психотерапевтом. Обследование и лечение супругов при семейном бесплодии должно проводиться одновременно

Учитывая важность представленных задач, мы поставили цель изучить спектр гендерных проблем при бесплодии в супружестве.

Нами обследовано 152 супружеские пары, страдающие бесплодием от 2 до 12 лет (исследование проводилось на кафедре акушерства, гинекологии и репродуктологии УГИР НМАПО имени П.Л.Шупика и на базе Института урологии НАМН Украины). Среди них первичное бесплодие имели 72 пары (47,4%), вторичное – 80 (52,6%). Женский фактор бесплодия преобладал у 112 (73,7%) обследованных пар, мужской – у 40 (26,3%). Изучение анамнеза показало, что консервативное лечение назначали всем участникам исследования, реконструктивные хирургические операции с целью восстановления проходимости маточных труб – 29 (19,1%) женщинам, искусственную инсеминацию – 28 (18,4%), экстракорпоральное оплодотворение от одного до трех раз – 12 (7,9%).

В начале исследования проводили собеседование с каждым из супругов в отдельности, оценивая отношение их как к проблеме бесплодия, так и к необходимому лечению. Анализ полученной информации показал, что у мужчин и женщин бесплодие в супружестве сопряжено с глубокими эмоциональными переживаниями, порой обозначаемыми как состояние безвыходности и безнадежности в будущем. В 128 (84,2%) случаях женщины испытывали большее угнетение, чем мужчины, мужа в 31 (20,4%) случае переживали преимущественно за свое будущее, в 48 (31,6%) – за своих жен, остальные 73 (48,1%) мужчины реально и спокойно воспринимали действительность.

В 48 (31,6%) случаях оба пола использовали стратегию активного продолжения лечения и расценивали такую тактику как возможность решить проблему. У 34 (22,4%) пар с каждым новым курсом терапии нарастали недоверие к выбору метода лечения и ощущения бесперспективности его результатов. Наибольший стресс испытывали женщины после неудавшихся попыток экстракорпорального оплодотворения. В 62 (40,8%) случаях мужчины с пониманием относились к переживаниям жен, поскольку осознавали, что большую часть испытаний как эмоциональных, так и физических испытывают именно они.

Анализ результатов опроса мужчин и женщин показал, что бесплодие в супружестве приводит к брачному конфликту, глубина которого зависит от степени стресса во время лечения. В 29 (19,1%) случаев совместное решение проблемы бесплодия в семье способствовало сближению супругов: отношения между ними становились эмоционально глубже и интимнее. Мужчины концентрировали свои силы на достижении соответствующих целей в обществе, женщины – на особенностях межличностных отношений.

У 19 (12,5%) пар, страдающих бесплодием, отношения в семьях сохранились равными, они расценивали такой вариант семьи комфортным.

Женщины во всех случаях обращались за психологической помощью, поддержкой, мужчины же это делали в исключительных случаях; в нашем исследовании в 139 (91,4%) случаях замыкались в себе. Жены находили утешение у мужей значительно чаще, чем мужья у жен.

Таким образом, проведенные исследования доказали, что проблема бесплодия в супружестве должна рассматриваться с учетом биологических, психоэмоциональных, социальных и гендерных отношений. Выбор тактики лечения в каждом случае необходимо аргументировать в зависимости от характера и степени изменений со стороны органов репродуктивной системы мужчины и женщины и адаптировать к их психоэмоциональному состоянию. При лечении бесплодия у супругов гинекологу нужно обосновывать методологические подходы и выбор тактики терапии совместно с андрологом и психотерапевтом. При семейном бесплодии обследование и лечение супругов должно проводиться одновременно.

ЛИТЕРАТУРА

- Connolly K.**
The impact of infertility on psychological functioning // Journal of Psychosomatic Research. – 1992. - № 36. – P. 459-468.
- Rowland R.**
Women and reproductive technologies // Blomington, Indiana University Press. – 1992.
- Daniels K.**
Management of the psychosocial aspects of infertility // Australia and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1992. - №32. - P. 57-61.
- Lauritzen P.**
Pursuing parenthood. Ethical issues in assisted reproduction // Bloomington, Indiana University Press. – 1993.
- Natchingall R.D., Becker G., Wozny M.**
The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility // Fertility and Strility. – 1992. - № 57. – P. 113-121.
- Matamala V.M.I., Maynou O.P.**
Salud de la mujer. Calidad de la atencion y genero. Manual guia para la realization del Curso-Taller Salud y Medecina Social. Santiago, Ediciones LOM Ltda. – 1996.
- Guerra D. et al.**
Psychiatric morbidity in couples attending fertility service // Human Reproduction. – 1998. - № 13. – P. 1733-1736.
- Crowe C.**
Women want it: in vitro fertilization and woman's motivations for participation / In: Spallone P, Steinberg DL, eds. Made to order. The myth of reproductive and genetic progress. Elmsford, NY, Pergamon Press. – 1987.
- Savulesco J., Dahl E.**
Sex selection and preimplantation diagnosis: a response to the Ethics Committee of the American society of Reproductive Medicine // Human reproduction. – 2000. - № 15. - P. 1879-1880.