

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ  
ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ με θέμα:**

**«ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ  
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.»**

Μεταπτ. Φοιτήτρια: Ανδρέου Ελπίδα

**Μέλη τριμελούς:**

Λουμάκου Μαρία - Καθηγήτρια Ψυχολογία της Υγείας (Επιβλέπουσα)

Κλεφτάρας Γιώργος - Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας - Ψυχοπαθολογίας

Μπρουσκέλη Βασιλική - Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης  
στην Προσχολική Ηλικία

**Βόλος, Οκτώβριος 2016**

## **Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής**

Η Ανδρέου Ελπίδα γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο [Υπογονιμότητα: Εμπειρίες από την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση των γυναικών που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση], αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

**Η ΔΗΛΟΥΣΑ**

***Ανδρέου Ελπίδα***

## **Περίληψη**

Η παρούσα έρευνα είναι μια ποιοτική μελέτη που επιχειρεί να διερευνήσει τον τρόπο που βιώνεται η υπογονιμότητα σε ελληνίδες γυναίκες που είτε οι ίδιες, είτε οι σύζυγοι τους έχουν διαγνωστεί με υπογονιμότητα. Πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με ανοιχτές ερωτήσεις εμβάθυνσης σε οχτώ γυναίκες που βρίσκονται στην αρχική φάση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δηλαδή την περίοδο πριν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ μπορεί να είχαν στο παρελθόν αντίστοιχες εμπειρίες σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα ευρήματα της μελέτης αφορούν την εμπειρία της υπογονιμότητας υπό το πρίσμα των γυναικών, την απόφασή για εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς και την εμπειρία με τη θεραπεία. Παρουσιάζονται στοιχεία που αναδεικνύουν τις ανάγκες των γυναικών, τη σχέση με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς και την επίδραση της υπογονιμότητας στη συντροφική σχέση και σεξουαλική ζωή. Επιπλέον εκφράζονται οι εμπειρίες τους με το ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ διατυπώνονται και οι αλλαγές που υφίστανται στη ζωή τους σε κάθε περίοδο. Τέλος αναφέρονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν για να διαχειριστούν την υπάρχουσα κατάσταση.

## **Abstract**

The current research is a qualitative study that explores how infertility is experienced in Greek women who either themselves or their spouses have been diagnosed with infertility. Semi-structured interviews were conducted with open questions in eight women that are on the first stage of in vitro fertilization (IVF), before taking any medicine and may have had in the past similar experiences of assisted reproduction techniques. The findings explore to the experience of infertility through according women, the decision about IVF and the experience with the treatment. Data presented delineated the needs of women, the relationship with family and social environment and the impact of infertility in partnership and sexual life. Furthermore their experiences are expressed regarding the Greek health system. The changes are shown in their lives every year. Finally the ways of dealing with the infertility chosen to deal with the current situation are inbekeating.

## ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπογονιμότητα είναι μια αγχωτική εμπειρία (Menning, 1980). Παρ'όλα αυτά, τα επίπεδα της ψυχικής δυσφορίας, άγχους και κατάθλιψης που έχουν βρεθεί μεταξύ των ασθενών με υπογονιμότητα δεν δείχνουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Verhaak et al., 2007). Οι Stanton και Dunkel - Schetter (1991) αναφέρουν τις παραμέτρους που χαρακτηρίζουν την υπογονιμότητα, όπως είναι το απρόβλεπτο της κατάστασης, η αρνητικότητα, η έλλειψη ελέγχου και η ασάφεια, οι οποίες συντελούν στην πρόκληση επιπλέον στρες. Έτσι η υπογονιμότητα αποτελεί πηγή στρες μεγάλης χρονικής διάρκειας με αρνητικές επιπτώσεις και αντιδράσεις, ενώ η Menning υποστηρίζει πως οι απώλειες της υπογονιμότητας προκαλούν προβλέψιμες καταστάσεις και συναισθήματα.

Αλλά τι ακριβώς σημαίνει αγχωτική εμπειρία σε αυτό το πλαίσιο, ποια τα συναισθήματα, τι τα προκαλεί, ποιες οι ανάγκες των ασθενών με προβλήματα γονιμότητας και πως αυτές οι καταστάσεις που προκαλούν δυσφορία μπορούν να ξεπεραστούν; Λίγα είναι γνωστά για τα συγκεκριμένα θέματα και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ελληνίδες γυναίκες ασθενείς με προβλήματα γονιμότητας.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της φαινομενολογικής προσέγγισης σε μια ποιοτική ανάλυση οχτώ γυναικών που πλήττονται από υπογονιμότητα ανεξαρτήτου παράγοντα για τουλάχιστον ένα έτος, και έχουν απευθυνθεί είτε σε δημόσιες, είτε σε ιδιωτικές μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων και αναλύθηκαν με τη συμβατική μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου.

Τα ευρήματα μιας ποιοτικής έρευνα παρέχουν πλήθος λεπτομερειών που είναι συχνά απύσες σε ποσοτικές μελέτες. Στην παρούσα μελέτη ο σκοπός ήταν να διερευνηθούν τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με υπογονιμότητα στην Ελλάδα, να αποσαφηνιστούν οι καταστάσεις και οι εμπειρίες τους, να προστεθούν επιπλέον γνώσεις σχετικά με την πολυπλοκότητα των ψυχολογικών αντιδράσεων της υπογονιμότητας και τις επιπτώσεις της στην ψυχοκοινωνική ζωή των ελληνίδων γυναικών που αναζητούν θεραπεία.

Τα ερευνητικά ερωτήματα αναφέρονται στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις της υπογονιμότητας και της διαδικασίας της θεραπείας, στις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στους τομείς της ζωής των γυναικών (κοινωνικές και συντροφικές σχέσεις, καθημερινότητα κ.α.), στους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία της διάγνωσης, την απόφαση και την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τις αλλαγές που υφίστανται, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν την περίοδο που μελετάται.

Στα αποτελέσματα της έρευνας γίνεται αντιληπτός ο τρόπος που διαχειρίζονται την υπογονιμότητα οι γυναίκες, το πως επηρεάζονται οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους. Τα ευρήματα δείχνουν ιδιαίτερη ανάγκη για προσωπικό έλεγχο, για κατανόηση, συμπαράσταση και διακριτικότητα από την πλευρά του κοινωνικού περιβάλλοντος. Εμφανίστηκαν διαφορές ως προς τον τρόπο που βιώνεται η υπογονιμότητα και η εξωσωματική γονιμοποίηση σε σχέση με το φύλο προκαλώντας αισθήματα μοναξιάς και αυξημένης ευθύνης από πλευράς των γυναικών. Βιώθηκαν αλλαγές σε σχέση με το επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον και σε σχέση με το συναισθηματικό και προσωπικό επίπεδο, ενώ εμφανίστηκαν ζητήματα που προκαλούσαν επιπλέον πίεση και δυσφορία στις γυναίκες. Το γεμάτο πρόγραμμα, οι κοινωνικές σχέσεις, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, ο θετικός τρόπος σκέψης, η θρησκευτική πίστη και η υιοθεσία ως εναλλακτικός τρόπος απόκτησης παιδιών εμφανίζονται ως στρατηγικές αντιμετώπισης της υπάρχουσας κατάστασης.

Η παρούσα μελέτη προσφέρει επιστημονικά δεδομένα και δημιουργεί ερωτήματα αναφορικά με τα θέματα που προέκυψαν ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο σε επιστήμονες που προάγουν την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και στο ευρύτερο κοινό που ενδιαφέρεται να ενημερωθεί ή αντιμετωπίζει αντίστοιχα ζητήματα.

*Στον λατρευτό μου πιστό φίλο,*

*Cookie*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα διεξοδικής μελέτης και έρευνας. Θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Λουμάκου Μαρία για την επιστημονική καθοδήγηση, στήριξη και ουσιαστική βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης.

Ακολούθως αισθάνομαι την ανάγκη να επισημάνω την απέραντη ευγνωμοσύνη στο σύζυγο μου Μίγκο Βαγγέλη για την συμπαράσταση και υπομονή που έδειξε, καθώς και σε όλη την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου τα χρόνια των σπουδών μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του συγκεκριμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος για τη συμβολή τους στη συγκρότηση της ερευνητικής μου ταυτότητας.

Τέλος, οφείλω ευχαριστίες στην κ. Σαραφίδου Γιασεμή - Όλγα για την πολύτιμη βοήθειά της, στις κ. Μπέζα Μαρία, κ. Κατσάρη Σοφία και στον κ. Γεωργίου Ιωάννη για την ευαισθησία και το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που έδειξαν για το θέμα, στις συμμετέχουσες της έρευνας για τον χρόνο και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, καθώς και σε όλους εκείνους που συνέβαλλαν ο καθένας με το δικό του τρόπο στην παρούσα μελέτη.

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

1. Εισαγωγή	1
2. Θεωρητικό μέρος	2
2.1 Αιτίες υπογονιμότητας και ιατρικές παθήσεις	2
2.2 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή / η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης	4
2.3 Η ιατρικοποίηση της υπογονιμότητας	5
2.4 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας	7
2.5 Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών	10
2.6 Υπογονιμότητα και ζευγάρι	12
2.7 Προστατευτικοί παράγοντες και στρατηγικές αντιμετώπισης	14
3. Μεθοδολογία	16
3.1 Το δείγμα	16
3.2 Εργαλεία	16
3.3 Διαδικασία συνέντευξης	17
3.4 Ανάλυση δεδομένων	17
4. Αποτελέσματα	18
4.1 Το γενικό προφίλ κάθε περίπτωσης	18
4.2 Θεματικές κατηγορίες	21
4.3 Η διάγνωση της υπογονιμότητας πριν και μετά	22
4.3.1 Πριν την διάγνωση	22
4.3.1.1 Η εγκυμοσύνη που δεν έρχεται	22
4.3.1.2 Οι πρώτες υποψίες	23
4.3.1.3 Οι εξετάσεις για τη διάγνωση	24
4.3.1.4 Συζυγική σχέση και σεξουαλική ζωή την περίοδο πριν την διάγνωση	25
4.3.2 Η ιατρική διάγνωση της υπογονιμότητας	26
4.3.2.1 Τα συναισθήματα στη φάση της διάγνωσης	26
4.3.2.2 Η πηγή της υπογονιμότητας	29



4.3.2.3 Η στάση των συζύγων στη διάγνωση	32
4.4 Η απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση	33
4.4.1 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με την μέθοδο IVF πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	33
4.4.2 Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού	36
4.4.2.1 Εσωτερικά κίνητρα	36
4.4.2.2 Εξωτερικά κίνητρα ή Κοινωνική κίνητρα	38
4.4.3 Γνωστικές διεργασίες και συναισθήματα που οδήγησαν στην απόφαση	39
4.4.4 Ο ρόλος των υποστηρικτικών συστημάτων στην απόφαση	40
4.4.5 Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στην απόφαση και η επιλογή κλινικής	41
4.4.6 Ο ρόλος του συζύγου	43
4.5 Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης	44
4.5.1 Οι παράγοντες που σχετίζονται με την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης	44
4.5.1.1 Η φύση της θεραπείας	45
4.5.1.2 Το οικονομικό κόστος της θεραπείας	48
4.5.1.3 Η απόφαση να δοθεί τέλος στη θεραπεία	48
4.5.1.4 Οι υπηρεσίες υγείας	49
4.5.1.5 Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον	52
4.5.1.5.1 Το υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον	52
4.5.1.5.2 Οι δυσκολίες που βιώνονται από το κοινωνικό περιβάλλον	55
4.5.1.6 Ο σύζυγος και η συντροφική σχέση	57
4.5.1.7 Ο εργασιακός παράγοντας	59
4.5.2 Οι αλλαγές στη ζωή των γυναικών με προβλήματα γονιμότητας	60
4.5.2.1 Αλλαγές στο άτομο (φυσική κατάσταση, ενδοπροσωπικό επίπεδο και καθημερινότητα)	60
4.5.2.2 Αλλαγές στον εργασιακό τομέα	63
4.5.2.3 Οι αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον	63
4.5.2.4 Οι αλλαγές στην συντροφική σχέση	64

4.5.3	Τα συναισθήματα των γυναικών που χρησιμοποιούν την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης	65
4.5.4	Γνωστικές διεργασίες και τρόποι αντιμετώπισης	68
4.5.4.1	Γνωστικές διεργασίες	69
4.5.4.2	Ιδιοσυγκρασία και εμπειρίες ζωής	70
4.5.4.3	Η άντληση δύναμης από τη θρησκευτική πίστη	70
4.5.4.4	Ο έλεγχος της κατάστασης	71
4.5.4.5	Αποφόρτιση από το συναίσθημα και απόσπαση προσοχής	73
4.5.4.6	Εναλλακτικοί τρόποι απόκτησης παιδιών- Υιοθεσία	74
4.5.4.7	Η φύση του προβλήματος και η σύγκριση με άλλες γυναίκες που βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες	75
5.	Συζήτηση	75
6.	Περιορισμοί έρευνας και μελλοντικές κατευθύνσεις	85
	Βιβλιογραφία	87
	Παράρτημα Ι	96
	Παράρτημα ΙΙ	104

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα αποτελεί σύνηθες ιατρικό πρόβλημα αφού ένα σημαντικό ποσοστό 10-15% των ζευγαριών υπολογίζεται στατιστικά ότι δεν δύναται να τεκνοποιήσει με αυτόματη σύλληψη γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική συναισθηματική διαταραχή (Kentenich, 2002. Pfeffer & Woollett, 1983).

Η χώρα μας κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις των υπογόνιμων ζευγαριών σε σχέση με άλλες χώρες (Conway et al., 1985. Καλογερόπουλος, 1997. Λαινάς, 2002). Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα τα υπογόνιμα ζευγάρια υπολογίζονται περίπου σε 250.000-300.000 (Λαινάς, 2002).

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από προσπάθεια ενός τουλάχιστον χρόνου (ή 6 μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών) με ελεύθερες, τακτικές φυσιολογικές σεξουαλικές επαφές. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζονται οι μέθοδοι κατά τις οποίες η γονιμοποίηση δεν γίνεται μέσω σεξουαλικής δραστηριότητας αλλά με την χρήση ιατρικών τεχνικών (Boivin, Bunting, Collins, Nygren, 2007).

Πολλές μελέτες έχουν συμπεράνει ότι ενώ η υπογονιμότητα δεν είναι ασθένεια και τα άτομα που κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχοπαθολογία, εντούτοις η θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της ζωής των ανθρώπων και μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές καταστάσεις όπως αναταραχή, απογοήτευση, κατάθλιψη, άγχος, απελπισία, ενοχή και αισθήματα αναξιοσύνης, ιδιαίτερα μετά από αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας (Downey et al., 1989. Leiblum et al., 1987. Hasanpoor - Azghdy, Simbar & Vedadhir, 2014). Άλλες μελέτες συνδέουν την υπογονιμότητα με ψυχοκοινωνικές συνέπειες που περιλαμβάνουν ενοχή, στίγμα, άγχος και κατάθλιψη, σεξουαλική δυσλειτουργία και κακή ποιότητα ζωής (Carter, 2011). Η σημασία που δόθηκε στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ατόμου ως μέρος της θεραπείας της υπογονιμότητας είναι σχετικά πρόσφατη (Klock, 2002). Οι Stanton και Dunkel - Schetter (1991) τόνισαν πως η ανάγκη για ποιοτική έρευνα έγινε σημαντική όταν η υπογονιμότητα θεωρήθηκε πρόβλημα που προκαλεί κρίση στη ψυχοκοινωνική ζωή του ατόμου και του ζευγαριού.

Εξετάζοντας την βιβλιογραφία γίνεται αντιληπτό πως έχουν μελετηθεί διάφοροι παράμετροι που αφορούν την υπογονιμότητα και την εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς και τις ποικίλες διαστάσεις και επιδράσεις που προκαλούν στο άτομο και στο ζευγάρι. Παρόλα αυτά, στον ελλαδικό χώρο δεν υφίσταται ποιοτική έρευνα που να έχει μελετήσει τα συγκεκριμένα ζητήματα σε γυναίκες που δεν έχουν γίνει ακόμα μητέρες και δεν έχουν σταματήσει τις προσπάθειες της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σε βάθος κατανόηση, εξερεύνηση ή ερμηνεία των προσωπικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων και εμπειριών των υπογόνιμων γυναικών που ξεκινούν εξωσωματική θεραπεία. Διερευνάται ο τρόπος που βιώνεται η υπογονιμότητα καθώς και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης αυτών των εμπειριών σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. Οι περίοδοι που διερευνούνται είναι η φάση πριν την διάγνωση της υπογονιμότητας, η φάση της διάγνωσης, η απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση και τέλος η περίοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και των αποτυχημένων προσπαθειών.

## **2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **2.1 Αιτίες υπογονιμότητας και ιατρικές παθήσεις**

Η υπογονιμότητα προκαλείται εξαιτίας γυναικείου ή αντρικού παράγοντα ενώ η συνύπαρξη και των δύο παραγόντων υπολογίζεται στο 40-50%. Η συχνότητα της είναι σχεδόν ίδια τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Οι λόγοι για τους οποίους ένα ζευγάρι δεν μπορεί να τεκνοποιήσει ποικίλλουν. Η υπογονιμότητα οφείλεται συνήθως είτε σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, είτε σε ορμονικές διαταραχές, είτε σε ανατομικές αιτίες (Σαρίδη & Γεωργιάδη, 2010. Brugh & Lipshultz, 2004. Bhasin 2007). Υπάρχουν ωστόσο και άλλοι παράγοντες υπογονιμότητας, όπως είναι οι δημογραφικοί που περιλαμβάνουν την προχωρημένη ηλικία τεκνοποίησης που είναι σύνηθες την σημερινή εποχή, τους οικονομικούς παράγοντες αλλά και όσους προκαλούνται από εθισμούς και βλαβερές συνήθειες (όπως το κάπνισμα, αλκοόλ κ.α.),

(Σαρίδη & Γεωργιάδη, 2010). Ως προς τον ηλικιακό παράγοντα έρευνες έχουν δείξει πως η φυσική γονιμότητα μειώνεται μετά την ηλικία των 28-30 ετών μέχρι την εμμηνόπαυση. Οι αιτίες που συνδράμουν σε αυτό, πέραν των αυξημένων πιθανοτήτων για εμφάνισης παθολογικών αιτιών (πχ. ενδομητρίωση), είναι η μείωση του αριθμού ωαρίων, ο κίνδυνος ύπαρξης αυξημένου αριθμού ωαρίων με χρωμοσωμικές ανωμαλίες που προκαλούν πιθανότητες αποβολής (Nasserí & Grifo, 1998), καθώς και ο κίνδυνος ύπαρξης ωαρίων με περιορισμένη δυνατότητα ανάπτυξης (Baird et al., 2005).

Ενώ λοιπόν στις γυναίκες των 25 ετών οι πιθανότητες επίτευξης εγκυμοσύνης ανά κύκλο ανέρχονται σε 15%, το ποσοστό φτάνει μόλις στα 5% σε γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών. Επιπλέον και η γονιμότητα του άνδρα μειώνεται με την πάροδο των ετών (συνήθως μετά την ηλικία των 50-55 ετών), καθώς εμφανίζονται αρνητικές αποκλίσεις στον όγκο του σπέρματος, στην κινητικότητα, στη μορφολογία και τη γενετική δομή των σπερματοζωαρίων (Plas et al., 2000).

Υπάρχουν ωστόσο και οι αιτίες της υπογονιμότητας που παραμένουν άγνωστες ακόμη και μετά από ενδελεχή διαγνωστικό έλεγχο, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να προκαλούν προβλήματα γονιμότητας με κυριότερο το άγχος που βιώνουν τα ζευγάρια, όπως αναφέρουν οι Γουρνή και άλλοι (2009).

Οι ιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με την υπογονιμότητα και την εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάζονται παρακάτω σε πέντε κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ασθένειες και τα σύνδρομα που προκαλούν υπογονιμότητα όπως είναι η ενδομητρίωση, ο καρκίνος των όρχεων, των ωοθηκών, η νόσος του Hodgkin, το σύνδρομο Turner, η απόφραξη σαλπίνγων, προβλήματα στη μήτρα κ.α. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται παθήσεις όπου η θεραπεία προκαλεί εντέλει υπογονιμότητα όπως είναι η ανδρική υπέρταση, ο καρκίνος των όρχεων, των ωοθηκών, του τραχήλου, του μαστού κ.α., όπου η γονιμότητα μπορεί να μειωθεί εξαιτίας της θεραπείας που θα χρειαστεί να υποβληθεί το άτομο. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι παθήσεις στις οποίες ο ασθενής έχει στη διάθεση του μια σειρά θεραπειών που καλείτε να αποφασίσει την κατάλληλη γι αυτόν καθώς η επιλογή βασίζεται συνήθως στην επιθυμία εγκυμοσύνης. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται παθήσεις όπως η ενδομητρίωση, οι οριακοί καρκίνοι των ωοθηκών ο καρκίνος του μαστού κ.α. Στην τέταρτη κατηγορία παρουσιάζονται οι ιατρικές παθήσεις στις οποίες είτε γενετικά χαρακτηριστικά, είτε η ίδια η ασθένεια μπορεί να

μεταδοθεί στο παιδί (κυστική ίνωση, μεσογειακή αναιμία κ.α.) και το άτομο καλείται να επιλέξει τη μέθοδο τεκνοποίησης (προεμφυτευτική διάγνωση, γονιμοποίηση με χρήση δότη κ.α.). Τέλος στην πέμπτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ιατρικές παθήσεις που προκαλούν προβλήματα στην κύηση όπως ο λύκος, διαβήτης, το άσθμα κ.α. (Maier & Maier, 2002).

## **2.2 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή / η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Το σύνολο των μεθόδων που εφαρμόζονται με σκοπό την επίτευξη της κύησης περιλαμβάνεται στον όρο «υποβοηθούμενη αναπαραγωγή». Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η σπερματέγχυση (IUI) και η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF). Σε σχέση με την κλασική μέθοδο της εξωσωματικής (IVF- In Vitro Fertilization) αρχικά χορηγούνται ορμόνες στη γυναίκα ώστε να υπάρξει αύξηση των ωαρίων. Στον κατάλληλο χρόνο τα ωάρια συλλέγονται με τοπική αναισθησία και η γονιμοποίηση τους από τα σπερματοζωάρια γίνεται (in vitro) στο εργαστήριο, όπου το σπέρμα και τα ωάρια αναμιγνύονται σε ειδικό κέλυφος και παραμένουν υπό ιδανικές συνθήκες μέχρι να εξετασθούν την επόμενη ημέρα. Κατόπιν, 2 έως 3 ημέρες μετά την ωοληψία, οργανώνεται η ημέρα της εμβρυομεταφοράς, δηλαδή η τοποθέτηση των γονιμοποιημένων ωαρίων, που προέκυψαν από την εξωσωματική γονιμοποίηση, στη μήτρα της γυναίκας (Κρεατσάς, 1998. Persson, 2005).

Το διάστημα μετά την εμβρυομεταφορά, αποτελεί το πιο ψυχοφθόρο όλης της διαδικασίας. Η γυναίκα χρειάζεται να ακολουθήσει τις οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή με σχολαστικότητα. Πιθανόν να χρειαστεί να παραμείνει κλινήρης για τις 2 έως τις 3 πρώτες μέρες. Η γυναίκα μετέπειτα μπορεί να συνεχίσει τη συνήθη δραστηριότητα ή εργασία της, εφόσον δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι και η εργασία δεν είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική. Η εγκυμοσύνη τεκμηριώνεται με τη μέτρηση των επιπέδων της β-χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα (και όχι με τεστ κύησης ούρων) κατά την 14η ημέρα μετά την εμβρυομεταφορά (Βενετίκου και άλλοι, 2009).

Η επιτυχία αυτής της μεθόδου είναι περίπου 10%. Για να αυξηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας, συνήθως τοποθετούνται περισσότερα του ενός έμβρυα με ενδεχόμενο αποτέλεσμα την πολλαπλή κύηση. Στην αναφορά της ESHRE (de Mouzon et al., 2010) στην Ελλάδα το ποσοστό της επιθυμητής έκβασης στην πρώτη προσπάθεια της IVF φαίνεται να είναι 26.5%.

Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (PGD, Preimplantation Genetic Diagnosis) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη ιατρική εξέλιξη που συνδυάζεται με εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η PGD αφορά αποκλειστικά τα ζευγάρια που είναι φορείς ή πάσχουν από κάποιο σοβαρό γενετικό νόσημα και αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να μεταβιβάσουν το νόσημα αυτό στους απογόνους τους. Τα ζευγάρια αυτά στο παρελθόν αφού επιτύγχαναν εγκυμοσύνη, ελέγχονταν με διενέργεια αμνιοπαρακέντησης στο 2ο τρίμηνο της κύησης, και στην περίπτωση που το έμβρυο έπασχε από την νόσο προχωρούσαν σε διακοπή της κύησης. Σήμερα, τα ζευγάρια αυτά, μπορούν να υποβληθούν σε τυπικό πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης και από τα προκύπτοντα έμβρυα να αφαιρεθούν με λεπτούς χειρισμούς 1-2 κύτταρα. Από τα κύτταρα αυτά, με την χρήση προηγμένων τεχνικών, είναι δυνατόν να διαπιστωθεί αν το συγκεκριμένο έμβρυο από το οποίο ελήφθησαν πάσχει από την νόσο ή όχι. Έτσι, σε σύντομο χρονικό διάστημα αναφαίνεται ποια από τα έμβρυα είναι υγιή και ακολουθείτε η εμβρυομεταφορά αυτών (Βενετίκου και άλλοι, 2009).

### **2.3 Η ιατρικοποίηση της υπογονιμότητας**

Οι συνέπειες της υπογονιμότητας είναι πολυδιάστατες με κοινωνικό, οικονομικό και ψυχολογικό αντίκτυπο στο υπογόνιμο άτομο και ζευγάρι. Με την ιατρικοποίηση της υπογονιμότητας όμως, η θεραπεία επικεντρώνεται στην οργανική διάσταση του προβλήματος, ενώ η ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες παραμελούνται και ο υπογόνιμος ασθενής λαμβάνει ιατρική φροντίδα αγνοώντας τις ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις του φαινομένου (Kentenich, 2002).

Οι Van Balen και Inhorn (2002) υποστηρίζουν ότι οι μελέτες σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της υπογονιμότητας εμποδίζονται εξαιτίας της ιατρικοποίησης της και ακόμη τα άτομα με προβλήματα γονιμότητας δυσκολεύονται να μιλήσουν διότι η υπογονιμότητα θεωρείται ταμπού.

Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization, 2007). Σύμφωνα με την αναφορά της European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE, 2015), ο ορισμός αυτός αναδεικνύει τις πολλές διαστάσεις ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχικές στην υγεία και τη σημασία της παροχής επαρκούς φροντίδας για την αντιμετώπισή τους και όχι μόνο για τη θεραπεία της νόσου.

Σύμφωνα με την Inhorn, 2002 (όπως αναφέρεται στις Burns & Convigton, 2006), το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημόνων είναι η καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της υπογονιμότητας προσθέτοντας βοήθεια και σημαντικά εργαλεία στους συμβούλους ψυχικής υγείας για μια επιτυχή θεραπευτική παρέμβαση. Η υπογονιμότητα εκτός από μια ψυχολογική εμπειρία είναι κυρίως μια κοινωνική εμπειρία που λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον ενώ η ανάγκη για θεραπεία είναι τόσο ιατρική όσο και ψυχολογική (Greil, 1997). Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση εξετάζει την υπογονιμότητα ως εμπειρία που συμβαίνει μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο στον γάμο, στην οικογένεια, στο κοινωνικό σύνολο και γενικότερα στον πολιτισμό (Burns & Convigton, 2006).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας ως προς την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρει στο ζευγάρι δωρεάν την φαρμακευτική αγωγή που θα χρειαστεί σε όλα τα νοσοκομεία (δημόσια / ιδιωτικά) πρώτα όμως είναι αναγκαίο να καταθέσει στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ μια σειρά εξετάσεων και εγγράφων που δικαιολογούν την απόφαση τους για χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το πρωτόκολλο και η αίτηση θα πρέπει να συμπληρωθούν με ακρίβεια, να δοθεί ο απαιτούμενος φάκελος συγκεκριμένων εξετάσεων σε καθορισμένο χρόνο έτσι ώστε μετέπειτα να ελεγχθεί από την επιτροπή και ανάλογα να εγκριθεί ή να απορριφθεί. Στην έρευνα της Van Ess (2012), η απογοήτευση που εκφράζεται από τις γυναίκες για το σύστημα υγείας, με το γιατρό, το προσωπικό, την ασφάλιση και με την ιατροποίηση της διαδικασίας αποκαλύπτει μια αντίληψη ότι η ιατρική κοινότητα δεν ανταποκρίνεται στις άμεσες ανάγκες και τις ανησυχίες τους.



## 2.1 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας

Οι περισσότερες γυναίκες ασθενείς παρουσιάζουν κάποιο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Knoll, et al., 2009. Verhaak, et al., 2007), ενώ ένα ποσοστό περίπου 23% υπολογίζεται πως θα διακόψει πρόωρα τη θεραπεία εξαιτίας του άγχους και του στρες που θα αισθανθεί εκείνη την περίοδο (Brandes et al., 2009). Επίσης το ένα τρίτο των ασθενών θα τελειώσει τη θεραπεία χωρίς να επιτευχθεί εγκυμοσύνη ή γέννηση ζωντανού παιδιού και πολλοί θα αντιμετωπίσουν δυσκολίες προσαρμογής εξαιτίας των ανεκπλήρωτων στόχων για δημιουργία οικογένειας (Johansson, et al., 2010. Pinborg, et al., 2009. Verhaak, et al., 2007).

Έρευνες έδειξαν ότι πολλές γυναίκες θεωρούν τη θεραπεία για την υπογονιμότητα την πιο δυσάρεστη εμπειρία της ζωής τους, πιο οδυνηρή και από τον θάνατο οικείου ατόμου ή από την απιστία (Mahlstedt et al., 1987, Matsubayashi et al., 2001). Το στρες που προκαλεί η υπογονιμότητα συνδέεται με διάφορους παράγοντες, όπως είναι η παρεμπόδιση και αναβολή της απόκτησης παιδιού, η συζυγική και σεξουαλική δυσαρμονία που συνδέεται με την υπογονιμότητα, η κυκλική φύση της θεραπείας, οι παρενέργειες των φαρμάκων, η απογοήτευση για τα ποσοστά επιτυχίας (Klock, 2002), η έλλειψη ελέγχου, η ασάφεια και η μειωμένη προβλεψιμότητα της κατάστασης (Stanton & Dunkel - Schetter, 1991).

Πολλές γυναίκες με υπογονιμότητα διαχειρίζονται ιδιαίτερα δύσκολα, τη λήψη φαρμάκων, τις συνήθως χρονοβόρες διαγνωστικές και θεραπευτικές περιόδους και την απειλή της ενδεχόμενης απώλειας εξαιτίας της αβεβαιότητας ως προς την επίτευξη της εγκυμοσύνης και της μη απόκτησης παιδιού (Klonoff – Cohen et al., 2007. Boivin & Lancaster, 2010).

Σύμφωνα με τις μελέτες των Seibel και Taymor, 1982 και Zoldbrod, 1998 (όπως αναφέρεται στη μελέτη του Grinion, 2005), η υπογονιμότητα και τα προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της προκαλούν συχνά ψυχική κατάπτωση και είναι συχνά αιτία κρίσης με συνέπειες σε όλες τις σχέσεις και τους τομείς της ζωής του ανθρώπου (βλ. ακόμα Hasanpoor - Azghdy et al., 2014). Οι υπογόνιμες γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με το άγχος και την κατάθλιψη, συχνά προκαλώντας με τη σειρά τους ανησυχία, ανυπομονησία, ενοχές και ένταση και οδηγώντας πολλές φορές σε

απομόνωση (Bell, 1981. Berg & Wilson, 1990). Η ψυχολογική αυτή κατάσταση σχετίζεται με τα αισθήματα αυτοενοχοποίησης, με την ποιότητα και την επικοινωνία της συζυγικής σχέσης, τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού, και την κοινωνική και προσωπική απομόνωση (Καρέλα & Βάρβογλη, 2008). Τα άτομα με προβλήματα γονιμότητας αισθάνονται επίσης θυμό τον οποίο εκφράζουν στον σύντροφο, στον εαυτό τους, στο κοινωνικό τους περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, ζευγάρια με παιδιά), στο γιατρό τους ή ακόμα και στην ευρύτερη κοινωνία (Mazor, 1984. Spencer, 1987).

Οι γυναίκες βιώνουν άγχος κατά την περίοδο των ανεπιτυχών προσπαθειών για επίτευξη εγκυμοσύνης που παρουσιάζει μια κυκλική μηνιαία πορεία ενώ τα συναισθήματα εναλλάσσονται. Από τη μία ελπίζουν και από την άλλη απελπίζονται καθώς επηρεάζονται από την ωορρηξία και την έμμηνο ρύση που σηματοδοτεί τη μη επίτευξη κύησης προκαλώντας θλίψη και απογοήτευση. Η επανάληψη της αποτυχίας δημιουργεί το συναίσθημα της πιθανής απώλειας (Kraft, 1980).

Παρόμοια συναισθήματα εμφανίζονται και την περίοδο της θεραπείας. Έρευνες εκτιμούν πως η ψυχική διάθεση (άγχος, κατάθλιψη ή στενοχώρια) παρουσιάζει διακυμάνσεις και στα δυο φύλα κατά την περίοδο μιας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Φαίνεται πως το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται την περίοδο της ωοληψίας, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά, για να αυξηθούν και πάλι την ημέρα του τεστ εγκυμοσύνης. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παρουσιάζει μείωση με την επανάληψη των προσπαθειών (Boivin et. al., 1995. ESHRE, 2015). Από την άλλη οι Dunkel - Sheter και Lobel (1991) υποστηρίζουν πως δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν τις δυσμενείς επιδράσεις της υπογονιμότητας και θεωρούν πως η ύπαρξη ενός προσδιορισμένου κύκλου συναισθημάτων δεν υφίσταται.

Πολλές μελέτες αναφέρονται στην σχέση της υπογονιμότητας με την κατάθλιψη. Στην μελέτη των Hunt και Monach, (1997) φάνηκε να μην υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην διάρκεια της υπογονιμότητας και στην κατάθλιψη, εντούτοις άλλες μελέτες αναφέρουν στοιχεία που δείχνουν ότι η μεγάλη διάρκεια της υπογονιμότητας και οι ανεπιτυχείς κύκλοι θεραπείας εντείνουν το άγχος και την κατάθλιψη (Berg & Wilson, 1991. Lok, et., al. 2002).

Στη μελέτη των Domar και άλλων (1992) βρέθηκε πως τα άτομα με διάρκεια υπογονιμότητας 2 έως 3 έτη είχαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος

από ό,τι εκείνα με διάρκεια ενός χρόνου ή περισσότερο των 6 χρόνων. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η διάρκεια του τρίτου έτους της υπογονιμότητας αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη πιθανότητα για κατάθλιψη. Μετά από έξι χρόνια συνήθως εμφανίζεται μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων στις γυναίκες. Κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων ετών, η υπογονιμότητα συνοδεύεται από συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, απώλεια της αυτοεκτίμησης, ανικανότητα και αδυναμία προσαρμογής της οικογενειακής κατάστασης. Μετά από 3 χρόνια η αισιόδοξη στάση θα αλλάξει σε απόγνωση ενώ θα υπάρξουν κάποιες σκέψεις που αφορούν την υιοθεσία ή την προοπτική να ζήσουν τη ζωή τους χωρίς την παρουσία παιδιού. Η κοινωνική στήριξη, τα θετικά προσωπικά χαρακτηριστικά, και η ικανοποιητική ζωή με το σύζυγό μειώνουν τις πιθανότητες για άγχος και κατάθλιψη.

Στην έρευνα των Καρέλα και Βαρβογλη (2008) βρέθηκε ότι το στρες σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των προσπαθειών για εξωσωματική γονιμοποίηση αλλά δε σχετίζεται με την ηλικία, τα χρόνια γάμου ή τα χρόνια που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. Διαπιστώθηκε πως το στρες εντείνεται όσο περισσότερο οι γυναίκες υποβάλλονται σε πολλαπλές προσπάθειες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στην ίδια μελέτη οι γυναίκες που συμμετέχουν σε ένα πρώτο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης ήταν λιγότερο στρεσαρισμένες από τις γυναίκες που έχουν προσπαθήσει τρεις φορές.

Στους παράγοντες που συμβάλλουν στη συναισθηματική δυσφορία έπειτα από μια αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφοράς, εντάσσονται η πεποίθηση ότι η εξωσωματική θεωρείται η τελευταία ελπίδα για απόκτηση φυσικού τέκνου, η προϋπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων, η υπερεκτίμηση της προσωπικής επιτυχίας (Rosenthal, 1993).

Η Menning (1980) εφαρμόζοντας το μοντέλο του πένθους και της απώλειας στην υπογονιμότητα περιγράφει ότι οι πιθανές απώλειες που μπορεί να βιωθούν στην υπογονιμότητα προκαλούν συναισθήματα θλίψης και άγχους. Η απώλεια των ελπίδων, των ονείρων, των σχεδίων για το μέλλον, της ικανοποίησης από το γάμο, της αίσθησης ελέγχου, της πίστης στο δίκαιο της ζωής, της υγείας είναι μερικές από τις πιθανές απώλειες στις οποίες αναφέρεται. Στην έρευνα των Ευθυμίου και Περδικάρη (2013) παρουσιάζοντας τις απώλειες που βιώνει το άτομο με ζητήματα υπογονιμότητας γίνεται αναφορά στην απώλεια της ασφάλειας σε επαγγελματικό, οικονομικό,

κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Δεν είναι λίγες οι φορές που η εργασιακή δραστηριότητα υφίσταται μείωση της απόδοσης, ενώ συνήθως οι σχέσεις με τους συναδέλφους επηρεάζονται και μπορούν να συμβούν πιθανές αλλαγές ή ακόμα και παραίτηση από την υπάρχουσα εργασία. Επιπλέον το κόστος της θεραπείας και οι συνεχόμενες επισκέψεις σε γιατρούς προκαλούν οικονομικές δυσκολίες στο ζευγάρι.

Η θεραπεία της υπογονιμότητας πολλές φορές θεωρείται ταμπού και είναι κοινωνικά στιγματισμένη. Στις μελέτες των Letherby (1999) και Rothman (1989), ο κοινωνικός στιγματισμός για τις γυναίκες που δεν αποκτούν τον ρόλο της μητέρας είναι εντονότερος σε σχέση με τους άντρες με αποτέλεσμα το γυναικείο φύλο να βιώνει τις κοινωνικές συνέπειες της ατεκνίας σε μεγαλύτερο βαθμό. Πολλές έρευνες διατυπώνουν ενδεχόμενες συσχετίσεις ως προς τα στοιχεία του άγχους, της κατάθλιψης και της γενικής ευημερίας με πολιτισμικά υπόβαθρα που επηρεάζουν τα παραπάνω αποτελέσματα (Dhaliwal et al., 2004. Khademi et al., 2005. Turner et al., 2013).

## **2.2 Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών**

Μελετώντας τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας εύλογα προκαλούνται ερωτήματα για τους λόγους που ένα ζευγάρι έρχεται αντιμέτωπο με τις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, βιώνοντας αρκετές φορές επώδυνες και χρονοβόρες διαδικασίες μέχρι να φτάσει στο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Η επιθυμία του ζευγαριού χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη ένταση και πολυπλοκότητα (Παπαληγούρα και άλλοι, 2013). Πολλές έρευνες δίνουν έμφαση στους βιολογικούς και συναισθηματικούς λόγους, ενώ οι κοινωνικοί λόγοι εμφανίζονται ως ο τρίτος κατά σειρά λόγος που ένα ζευγάρι επιθυμεί ένα παιδί.

Τα ζευγάρια επιζητούν την απόκτηση παιδιών για να βιώσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και για την κάλυψη των εσωτερικών τους κενών (Berg et al., 1991). Η Bydlowski (2009) υποστήριξε πως η επιθυμία για εγκυμοσύνη δεν συμπίπτει απαραίτητα με την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Πολλές γυναίκες ενδιαφέρονται να βιώσουν απλά την εμπειρία της εγκυμοσύνης χωρίς απαραίτητα να έχουν την διάθεση να μεγαλώσουν ένα παιδί.

Οι κοινωνικές καταβολές και η πίεση ως προς την αναγκαιότητα ύπαρξης οικογένειας επηρεάζουν επίσης την απόφαση για τεκνοποίηση. Για κάποια ζευγάρια τα παιδιά θεωρούνται ο λόγος της ύπαρξης τους, αναγκαία για την ενδυνάμωση του γάμου τους για τη διαίωνιση του είδους και του ονόματός τους, ενώ η ανάγκη για παιδί παρουσιάζεται, συνήθως για τους άντρες, ως επιθυμία να χαρίσουν ένα παιδί στη σύντροφό τους (Berg et al., 1991).

Σύμφωνα με τον Kagitcibasi (1980) τα ζευγάρια επιθυμούν την απόκτηση παιδιών εξαιτίας συναισθηματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών λόγων. Οι συναισθηματικοί και ψυχολογικοί λόγοι αναφέρονται στη ψυχική ωρίμανση που αισθάνονται και στην ευχαρίστηση που λαμβάνουν οι άνθρωποι όταν έχουν ένα παιδί, ενώ οι Berg και λοιποί (1991) διαπίστωσαν πως οι συγκεκριμένοι λόγοι είναι και οι κυριότεροι. Οι οικονομικοί λόγοι αφορούν τη χρησιμοποίηση των παιδιών στην εργασία οι οποίοι τουλάχιστον για την δυτική κοινωνία δεν υφίστανται πλέον (Kagitcibasi, 1980). Οι van Balen και Trimbos – Kemper (1995) συμπέραναν ότι τα πιο σημαντικά κίνητρα και για τα δύο φύλα ήταν η ευημερία και η ευτυχία.

Στην μελέτη των Berg και άλλων (1991) οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερους δείκτες για το πόσο σημαντικό είναι να αποκτήσουν ένα παιδί. Για τις ίδιες η μητρότητα θεωρείται σημαντική για τη δημιουργία της θηλυκής ταυτότητας, ενώ πολλές φορές η επιθυμία απόκτησης παιδιού είναι αποτέλεσμα κοινωνικής πίεσης (Miller, 1994. van Balen & Trimbos - Kemper, 1995). Επιπλέον για την κοινωνία το γυναικείο φύλο συνδέεται με την μητρότητα. Οι κοινωνικές νόρμες και οι οικογενειακές αντιλήψεις επηρεάζουν το άτομο και το ζευγάρι, το οποίο αισθάνεται πολλές φορές πιεσμένο ως προς την απόφαση να αποκτήσει ένα παιδί καθώς οι περισσότερες κοινωνίες θεωρούν επιτακτική ανάγκη την συγκεκριμένη απόφαση. Οι van Balen και Trimbos – Kemper (1995) εξετάζοντας τα κίνητρα των άτεκνων ζευγαριών για απόκτηση παιδιών διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικοί λόγοι ήταν ασήμαντοι και για τα δύο φύλα.

Οι Παπαληγούρα και λοιποί (2013) διερευνώντας την επιθυμία των υπογόνιμων γυναικών να γίνουν μητέρες διαπίστωσαν πως για ορισμένες γυναίκες η επιθυμία είναι μια προοδευτική διεργασία, ενώ η ένταση της αλλάζει με το πέρασ του χρόνου. Οι κατηγορίες που προέκυψαν αναφέρονται στην επιθυμία όταν η ηλικία είναι οριακή, στην επιθυμία ως βασική πτυχή της εικόνας εαυτού (ανάγκη και λατρεία για παιδιά από πολύ μικρή ηλικία), στην επιθυμία υπό όρους και προϋποθέσεις αναφερόμενη συνήθως

στην προϋπόθεση δημιουργίας σχέσης με τον κατάλληλο σύντροφο, ή στην ανάγκη απόκτησης σταθερής εργασίας πριν την δημιουργία οικογένειας και τέλος στην επιθυμία που προκαλείται εξαιτίας των ενοχών από τυχόν εκτρώσεις του παρελθόντος. Για τις συγκεκριμένες γυναίκες η εμπειρία της υπογονιμότητας και η εξωσωματική διαδικασία νοσηματοδοτείται ως τιμωρία.

Οι Berg και άλλοι (1991), αναφέρουν πως η επιθυμία των ζευγαριών για παιδί αυξάνεται μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας. Οι Παπαληγούρα και λοιποί (2013) συσχετίζουν αυτήν την αύξηση με τις δύσκολες και χρονοβόρες θεραπείες που υπομένουν οι γυναίκες ισχυροποιώντας την επιθυμία τους ενώ οι van Balen και Trimbos - Kemper, (1995) διαπίστωσαν πως οι δυσκολίες απόκτησης παιδιού προβληματίζουν τις γυναίκες ως προς την επιθυμία τους για μητρότητα.

## **2.4 Υπογονιμότητα και ζευγάρι**

Πλήθος ερευνών έχουν παρατηρήσει διαφορές ως προς το φύλο και τη διαχείριση του προβλήματος της υπογονιμότητας (Rashidi et al., 2008. Ziebe & Devroey, 2008. Greil, 1991a). Στην μελέτη των Berg και άλλων (1991) φαίνεται πως οι γυναίκες επηρεάζονται συναισθηματικά σε εντονότερο βαθμό από τους άντρες και βιώνουν περισσότερα αισθήματα ενοχής, ενώ οι Schmidt και άλλοι (2003) διαπίστωσαν πως το γυναικείο φύλο εμφανίζει περισσότερο στρες από το αντρικό εξαιτίας της υπογονιμότητας. Επιπλέον οι γυναίκες που ακολουθούν μια θεραπεία γονιμότητας νιώθουν περισσότερο υπεύθυνες και αντιμετωπίζουν την κατάσταση επικεντρωμένες στο στόχο τους, περισσότερο απ' ό,τι οι σύζυγοί τους (Abbey, et al., 1995), παρόλα αυτά αισθάνονται την ανάγκη για περισσότερη υποστήριξη από εκείνους (Beutel et al. 1998). Τα κοινωνικά πρότυπα που ορίζουν ότι το γυναικείο φύλο εξωτερικεύει τα συναισθήματα του περισσότερο απ' ό,τι οι άνδρες υποστηρίζονται και από τα ευρήματα της Klock (2002) όπου οι γυναίκες έχουν διάθεση να μιλάνε ανοιχτά για την υπογονιμότητα, ενώ οι σύζυγοι χρειάζονται περισσότερη εχεμύθεια.

Τα κίνητρα για εμπλοκή με την διαδικασία της εξωσωματικής διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα. Φαίνεται πως οι γυναίκες ενδιαφέρονται για την θεραπεία με σκοπό να ικανοποιήσουν τόσο τη δική τους ανάγκη όσο και την ανάγκη των

συντρόφων τους για ένα παιδί. Από την άλλη ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών επιδιώκουν την εμπλοκή με την διαδικασία της θεραπείας για απόκτηση παιδιού με σκοπό την ευχαρίστηση των γυναικών τους (Schmidt et al., 2003).

Η συντροφική σχέση έρχεται αντιμέτωπη με διαφωνίες και συγκρούσεις που προκύπτουν τόσο από την διαφορετική αντιμετώπιση και αντίληψη που έχει το φύλο σε σχέση με την υπογονιμότητα και την θεραπεία της, όσο και από τα διάφορα θέματα που πιθανόν θα προκύψουν. Η εμφάνιση ηθικών ή θρησκευτικών διαφωνιών ανάμεσα στο ζευγάρι, η αποδοχή ή όχι εναλλακτικών λύσεων ως προς την πολύδυμη κύηση, η κρυοσυντήρηση εμβρύων καθώς και άλλων ζητημάτων που μπορούν να εμφανιστούν προκαλούν αναταράξεις στη ζωή του ζευγαριού (Klock, 2002).

Οι διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις των ανδρών και των γυναικών σε θέματα υπογονιμότητας θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα της υπάρχουσας κουλτούρας, των κοινωνικών και οικογενειακών παραδόσεων καθώς και της εκάστοτε θρησκείας (Daniluk 1997).

Έχει μελετηθεί διεξοδικά ο τρόπος που επιδρά η υπογονιμότητα και η εξωσωματική γονιμοποίηση στο ζευγάρι. Στην έρευνα του Greil (1958) υποστηρίζεται πως η υπογονιμότητα βελτίωσε την σχέση και τη συναισθηματική επαφή του ζευγαριού. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν πως συνήθως είναι υπαρκτή μια δυσανασχέτησης προς τον σύντροφο εξαιτίας της έλλειψης κατανόησης και αίσθησης ανισομερής δέσμευσης προς την τεκνοποίηση (Mahlstedt, 1985. Spencer, 1987). Από την άλλη η σεξουαλική δραστηριότητα μετατρέπεται από ευχάριστη διαδικασία σε μια προγραμματισμένη και προβλέψιμη κατάσταση που συχνά προκαλεί επιπλέον στρες και δυσφορία (Burns, 2002), ενώ οι Καρέλα και Βάρβογλη (2008) συμπεραίνουν πως η υπογονιμότητα προκαλεί προβλήματα στην επικοινωνία και την ερωτική σχέση του ζευγαριού. Σε κάθε περίπτωση το στρες της διαδικασίας φαίνεται να αντιμετωπίζεται ανάλογα με την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, η οποία δείχνει να μην αλλάζει (Berg, 1991).

## **2.5 Προστατευτικοί παράγοντες και στρατηγικές αντιμετώπισης**

Στη μελέτη των Eugster και Vingerhoets (1999), αν και οι θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ενοχοποιούνται για το στρες που αισθάνονται οι γυναίκες ασθενείς, οι προστατευτικοί παράγοντες που αναφέρουν αφορούν την αυτοεκτίμηση, την καλά δομημένη προσωπικότητα, τα ποικίλα ενδιαφέροντα, το αίσθημα ικανοποίησης που έχουν για τον γάμο τους και η μη απόκλιση εναλλακτικών τρόπων απόκτησης παιδιών. Από την άλλη, μερικές δυσλειτουργικές στρατηγικές που συνήθως υιοθετούνται είναι η απομόνωση, η άρνηση, η απόκρυψη, η σύγκρουση και η έμμονη σκέψη επί του φλέγοντος ζητήματος. Στην μελέτη της Γουρουντή (2011), φαίνεται πως εκτός των υπολοίπων που αναφέρθηκαν, η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένων στην αποφυγή ή στην μη αξιολόγηση του προβλήματος καθώς και τα χαμηλά επίπεδα αντίληψης ελέγχου είναι παράγοντες που προκαλούν περισσότερο στρες. Σύμφωνα με την ίδια, η υιοθέτηση στρατηγικών εστιασμένων στην αξιολόγηση και διερεύνησης του προβλήματος θεωρείται πως είναι ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης της υπογονιμότητας και της θεραπείας της.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντικός δείκτης ψυχικής και σωματικής υγείας ενώ η έλλειψη ή η ανεπάρκεια της λειτουργεί ως στρεσογόνος παράγοντας στη ζωή του ατόμου (Thoits, 1982). Πλήθος ερευνών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον προσφέρει στο άτομο την δυνατότητα να αντιμετωπίσει το στρες, δίνοντας μια πιο λογική ερμηνεία της κατάστασης και προάγοντας πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης (Billings & Moos, 1982. Thoits, 1986). Η παροχή βοήθειας υφίσταται ανάλογα με την εκάστοτε ανάγκη του ατόμου και περιλαμβάνει στήριξη μέσω πληροφοριών, προάγοντας λύσεις και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης, καθώς και συναισθηματική και οικονομική υποστήριξη. Αν και η ύπαρξη κοινωνικού περιβάλλοντος χαρακτηρίζεται ως επί το πλείστον ιδιαίτερα χρήσιμη και βοηθητική, ωστόσο υπάρχουν έρευνες που διαβεβαιώνουν το αντίθετο. Η ανάγκη ανταπόδοσης της βοήθειας, η αδιακρισία, η πίεση και η φορτική συμπεριφορά είναι χαρακτηριστικά που συχνά απομακρύνουν το άτομο στην αναζήτηση κοινωνικής στήριξης (Di Matteo & Martin, 2006). Στη μελέτη της Γουρουντή (2011) βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη δεν έχει ιδιαίτερη σημασία για τις υπογόνιμες γυναίκες, φανερώνοντας τον κοινωνικό στιγματισμό της ελληνικής κοινωνίας και τις πιέσεις για παιδί που λειτουργούν αποτρεπτικά στην αναζήτησης βοήθειας. Η υποστήριξη όμως από τη συντροφική σχέση αποτελεί σημαντικό



παράγοντα μείωσης του στρες στην υπογονιμότητα και στη θεραπεία της (Γουρουντή, 2011. Lowyck et al., 2009. Verhaak et al., 2005. Slade et al., 2007).

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί καθοριστικά στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή (ESHRE, 2015). Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην ESHRE (2015) αναφέρουν ότι η παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας από τις κλινικές μπορεί να μειώσει το στρες και τις ανησυχίες για τις ιατρικές διαδικασίες, να βελτιώσει τη ζωή του ασθενή και να τον βοηθήσει να δεχτεί καλύτερα τη θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο δεν επιτυγχάνεται μόνο η σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή αλλά και μια σημαντική αύξηση 15% στα ποσοστά κύησης.

Όλα τα κέντρα ιδιωτικά και δημόσια που προσφέρουν θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κρίνεται απαραίτητο να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες στα υπογόνιμα ζευγάρια (Boivin, 2002). Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης όπως στη Γερμανία και στην Ελβετία, η περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή έχει γίνει και επίσημα μέρος της ιατρικής περίθαλψης μέσω της εφαρμογής ψυχοσωματικών ή ψυχολογικών αρχών (Bundesarztekammer, 1998. Strauss & Boivin, 2002). Ενώ από το 1985, στην αναφορά Warnock στη Μ. Βρετανία, αναγνωρίζεται η ανάγκη παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών σε όσους εμπλέκονται στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και σε όλα τα στάδια της θεραπείας.

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Το δείγμα**

Το δείγμα αποτέλεσαν 8 γυναίκες οι οποίες υποβάλλονταν σε εξωσωματική θεραπεία σε τέσσερις κλινικές της Ελλάδας (δημόσιες και ιδιωτικές) προκειμένου να λάβουν μέρος στη μελέτη. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν η μητρική τους γλώσσα ελληνική, το ιστορικό της υπογονιμότητας τους (διαγνωσμένο τουλάχιστον 1

χρόνο πριν), ενώ το δείγμα θα πρέπει να βρίσκεται στο στάδιο πριν την λήψη φαρμάκων και της εμβρυομεταφοράς.

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων οι ηλικίες κυμαινόταν από 28 έως 41 έτη (4 γυναίκες ήταν κάτω των 35 ετών και 4 γυναίκες άνω των 35 ετών), η διάρκεια του γάμου τους ήταν από 1,5 έως 19 έτη (5 γυναίκες από 1 έως 3,5 χρόνια γάμου και 3 γυναίκες πάνω από 11 χρόνια γάμου). Το δείγμα αποτελούνταν απ' όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης (2 γυναίκες κάτω από Β/θμια εκπαίδευση και 6 γυναίκες με ανώτατη εκπαίδευση) και από διάφορες περιοχές της Ελλάδας (2 γυναίκες από αγροτικές περιοχές, 4 από ημιαστικές και 2 από αστικά κέντρα). Η υπογονιμότητα οφείλονταν σε οργανικούς, βιολογικούς και αγνώστου αιτιολογίας παράγοντες. Από τις συμμετέχουσες 4 βρίσκονταν στην πρώτη τους προσπάθεια, ενώ οι υπόλοιπες 4 είχαν πάνω από δύο αποτυχημένες προσπάθειες σύλληψης με μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

### **3.2 Εργαλεία**

Η μελέτη ήταν ποιοτική και η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη (ως επί των πλείστων με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις εστίαζαν στις εξής περιοχές, α) σε συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία, β) στην εμπειρία της περιόδου πριν και κατά την διάρκεια της διάγνωσης, γ) στα κίνητρα της απόφασης τεκνοποίησης με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δ) στους παράγοντες που αντιλαμβάνοντα να έχουν μια θετική ή αρνητική επιρροή στην εμπειρία τους, ε) στο ρόλο που διαδραματίζει το παιδί στη ζωή τους, στ) στις αλλαγές που έχουν συμβεί στη ζωή τους ζ) στις σκέψεις που κάνουν και στις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν ώστε να καταλαγιάζουν τυχόν αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από την διαδικασία. Οι ερωτήσεις και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ενθάρρυναν τις γυναίκες που λάμβαναν μέρος στην έρευνα να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους γεγονός που παρείχε μια ολοκληρωμένη εικόνα της εμπειρίας τους σχετικά με την υπογονιμότητα και την μέθοδο της τεχνικής γονιμοποίησης.

### **3.3 Διαδικασία συνέντευξης**

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στο Σεπτέμβριο του 2015 έως τον Ιανουάριο του 2016. Κάθε συνέντευξη είχε χρονική διάρκεια 35-50 λεπτά.

Κάθε μια από τις 8 συμμετέχουσες προσεγγίστηκε προσωπικά από την ερευνήτρια η οποία και ενημέρωνε για το θέμα, το σκοπό της μελέτης και τη διαφύλαξη του απορρήτου των στοιχείων. Κατόπιν συνεννόησης ορίζονταν η ημέρα και ώρα της συνέντευξης ώστε να υπάρξει ο διαθέσιμος χώρος και χρόνος που απαιτούνταν. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την διάρκεια της συνέντευξης τονίζονταν η δυνατότητα να σταματήσουν σε οποιοδήποτε σημείο το θελήσουν ή να μην απαντήσουν σε ερωτήσεις που θα τις έφερναν σε δύσκολη θέση. Επίσης, ζητήθηκε η συγκατάθεση τους προκειμένου να μαγνητοφωνηθούν οι συνεντεύξεις, χωρίς να αποκαλύπτεται η ταυτότητα τους. Το σύνολο και των 8 γυναικών δέχτηκε να συμμετέχει στη μελέτη με έγγραφη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση.

Στη παρούσα έρευνα προηγήθηκε μια πιλοτική μελέτη σε γυναίκες που είχαν ήδη τουλάχιστον μια επιτυχημένη κύηση που προήλθε από τεχνική γονιμοποίηση έτσι ώστε το περιεχόμενο της συνέντευξης να δοκιμαστεί και να ελεγχθεί.

### **3.4 Ανάλυση δεδομένων**

Εφόσον τα δεδομένα μαγνητοφωνήθηκαν, στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν και αφού διαβάστηκαν διεξοδικά ακολούθησε η κωδικοποίηση και αμέσως μετά οι αντίστοιχες θεματικές ενότητες.

Όλα τα στοιχεία που προέκυψαν από την συνέντευξη καταγράφηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις κύριες κατηγορίες ανάλογα με την χρονική περίοδο που διερευνάται κάθε φορά και υποκατηγορίες σε σχέση με τα αποτελέσματα της κάθε περιόδου.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη βάσει της φαινομενολογικής προσέγγισης, ώστε να περιγραφεί η εμπειρία των γυναικών όπως αυτή βιώθηκε, καθώς και να εκφραστούν σκέψεις και συναισθήματα. Ο στόχος της φαινομενολογίας είναι η μελέτη των

φαινομένων δηλαδή των τρόπων που τα πράγματα εμφανίζονται στην εμπειρία ή στην συνείδηση του ανθρώπου (Ιωσηφίδης, 2003). Η φαινομενολογική έρευνα εμφανίζει τον άνθρωπο στην πολλαπλή του διάσταση ως υλική, πνευματική και ψυχική οντότητα. (Μαντζούκης, 1999).

## **4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **4.1 Το γενικό προφίλ κάθε περίπτωσης**

Καθώς θα αναλύονται τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων κρίθηκε απαραίτητο να σκιαγραφηθεί το προφίλ κάθε περίπτωσης που θα παρουσιαστεί στην έρευνα. Παρακάτω γίνεται αναφορά σε στοιχειώδεις δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά γνωρίσματα που αφορούν την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα να κατανοηθεί η κάθε περίπτωση με μια πιο ολοκληρωμένη σκοπιά φωτίζοντας μερικά σημαντικά σημεία της συνέντευξης.

#### **Περίπτωση 1<sup>η</sup>**

Η πρώτη συμμετέχουσα είναι 28 ετών, δυόμιση χρόνια παντρεμένη και διαμένει σε αγροτική περιοχή. Είναι ελεύθερη επαγγελματίας με ανώτατη εκπαίδευση. Αυτήν την περίοδο βρίσκεται στη πρώτη της προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση. Έχει εγκριθεί ο φάκελος του ζευγαριού με τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τον οργανισμό υγείας και βρίσκεται στο αρχικό στάδιο της διαδικασίας, δηλαδή λίγο πριν ξεκινήσει τη φαρμακευτική αγωγή.

#### **Περίπτωση 2<sup>η</sup>**

Η δεύτερη συμμετέχουσα είναι 41 ετών, παντρεμένη εδώ και δύο χρόνια και διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Είναι δημόσια υπάλληλος με ανώτατη εκπαίδευση και μεταπτυχιακό. Η υπογονιμότητα οφείλεται σε ηλικιακό παράγοντα. Έχει κάνει τρεις προσπάθειες τεχνητής γονιμοποίησης μια με φυσικό κύκλο (μέθοδος σπερματέγχυσης)

και δύο με φαρμακευτική αγωγή (εξωσωματική). Αυτήν την περίοδο ξεκινάει την τέταρτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

### **Περίπτωση 3<sup>η</sup>**

Η τρίτη συμμετέχουσα είναι 37 ετών, είναι 11 χρόνια παντρεμένη, έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, είναι άνεργη και ζει σε ημιαστική περιοχή. Έχει κάνει δύο αποτυχημένες προσπάθειες, την μία έμεινε έγκυος αλλά χρειάστηκε να πάρει την απόφαση να προχωρήσει σε διακοπή κύησης λίγους μήνες μετά, εξαιτίας κάποιας σοβαρής πάθησης του εμβρύου. Η υπογονιμότητα οφείλεται σε αγνώστου προέλευσης αιτία. Αυτήν την περίοδο θα ξεκινήσει την τρίτη της προσπάθεια με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης IVF .

### **Περίπτωση 4<sup>η</sup>**

Η τέταρτη συμμετέχουσα είναι 35 χρόνων, ελεύθερη επαγγελματίας με ανώτατη εκπαίδευση. Είναι έντεκα χρόνια παντρεμένη με το σύζυγο της και διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Την παρούσα περίοδο συγκεντρώνει τα δικαιολογητικά ώστε να εγκριθεί το αίτημα της από την επιτροπή υγείας και να ξεκινήσει η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης IVF. Έχει διαγνωστεί με υπογονιμότητα μεικτής αιτιολογίας.

### **Περίπτωση 5<sup>η</sup>**

Η πέμπτη συμμετέχουσα είναι 31 ετών, ενάμιση χρόνο παντρεμένη και πέντε χρόνια μαζί με τον σύζυγο της. Εργάζεται ως ελεύθερη επαγγελματίας και έχει ανώτατη εκπαίδευση. Ζει σε αστικό κέντρο. Έχει διαγνωστεί με υπογονιμότητα εξαιτίας απόφραξης σάλπιγγας και μειωμένης κινητικότητας σπέρματος του συζύγου. Θα χρησιμοποιήσει για πρώτη φορά τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και της προεμφυτευτικής διάγνωσης για την εξάλειψη ενός γονιδίου που έχει ο σύζυγος της.

### **Περίπτωση 6<sup>η</sup>**

Η έκτη συμμετέχουσα είναι 33 ετών έχει ανώτερη εκπαίδευση ενώ εργάζεται ως ιδιωτική υπάλληλος. Πρόσφατα μετακόμισε με τον σύζυγο της σε αστικό κέντρο ενώ είναι τρεισήμισι χρόνια παντρεμένη και δεκατέσσερα χρόνια μαζί. Έχει στο ενεργητικό της δύο αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης ενώ η αιτία της υπογονιμότητας δεν έχει βρεθεί πέραν της μέτριας ποιότητας σπέρματος. Αυτήν την περίοδο θα ξεκινήσει την τρίτη προσπάθεια με την ίδια μέθοδο.

### **Περίπτωση 7<sup>η</sup>**

Η έβδομη συμμετέχουσα είναι 39 ετών, δεκαεννέα χρόνια παντρεμένη, διαμένει σε αγροτική περιοχή, έχει τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση και δεν εργάζεται. Προσπαθεί εδώ και 16 χρόνια να τεκνοποιήσει ενώ η υπογονιμότητα οφείλεται σε πολλαπλές αιτίες (ινομύωματα, ορμονικά προβλήματα κ.α.). Έχει κάνει τέσσερις προσπάθειες εξωσωματικής με χρονική απόσταση ανάμεσα τους, εξαιτίας χειρουργικών επεμβάσεων αλλά και οικονομικών προβλημάτων. Θα ξεκινήσει την πέμπτη προσπάθεια με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

### **Περίπτωση 8<sup>η</sup>**

Η τελευταία συμμετέχουσα είναι 31 ετών, δύο χρόνια παντρεμένη, έχει ολοκληρώσει σπουδές ανώτατης εκπαίδευσης και εργάζεται ως ελεύθερη επαγγελματίας. Διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Η υπογονιμότητα της οφείλεται στις ελάχιστα διαβατές σάλπιγγες που ανακάλυψε μετά από λαπαροσκοπική εξέταση. Βρίσκεται στην πρώτη της προσπάθεια εξωσωματικής με IVF.

Σε μερικές περιπτώσεις έγινε αντιληπτή μια διστακτικότητα από μέρους τους και αισθήματα δυσφορίας και άγχους για την διαδικασία της έρευνας. Όλες οι συμμετέχουσες εξέφρασαν πως ένιωθαν πολύ καλύτερα στο τέλος της συνέντευξης σε σχέση με τα αρχικά τους συναισθήματα.

## **4.2 Θεματικές κατηγορίες**

Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά οι ενότητες που αναδύθηκαν από τις συμμετέχουσες.

1. Η διάγνωση της υπογονιμότητας πριν και μετά
2. Η απόφαση για τη χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
3. Η διαδικασία της εξωσωματικής ως προς τους παράγοντες δυσφορίας
4. Ο παράγοντας οικογένεια και οι σημαντικοί άλλοι
5. Οι αλλαγές στη ζωή των γυναικών με προβλήματα γονιμότητας
6. Τα συναισθήματα που βιώνονται κατά την περίοδο της εξωσωματικής
7. Η σχέση με το ιατρικό προσωπικό
8. Σκέψεις και στρατηγικές αντιμετώπισης
9. Στάση συζύγου και συζυγική σχέση

## **4.3 Η διάγνωση της υπογονιμότητας πριν και μετά**

Οι συμμετέχουσες έδωσαν στοιχεία για το πώς βίωσαν την περίοδο πριν και αμέσως μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας. Το παιδί που δεν έρχεται βιώνεται ως απώλεια προκαλώντας δυσάρεστα συναισθήματα, επιπλέον υφίσταται άγχος, στρες και αγωνία για την άγνωστη αιτία της κατάστασης. Με την διάγνωση της υπογονιμότητας οι ερωτώμενες κατακλύζονται ξανά με παρόμοια συναισθήματα.

### **4.3.1. Πριν τη διάγνωση**

Για να τεθεί η διάγνωση της υπογονιμότητας το άτομο και το ζευγάρι βιώνει μια μακρά περίοδο τουλάχιστον ενός έτους προσπαθειών, με ελεύθερες σεξουαλικές επαφές ώστε να επέλθει εγκυμοσύνη. Μετέπειτα, συνήθως προχωρεί σε μια σειρά ιατρικών εξετάσεων για να δοθεί η εξήγηση της μη επίτευξης κύησης. Όλες αυτές οι συνθήκες προκαλούν αναταράξεις στη ζωή του ατόμου και του ζευγαριού.

#### **4.3.1.1. Η εγκυμοσύνη που δεν έρχεται.**

Η περίοδο των συνεχόμενων προσπαθειών για επίτευξη εγκυμοσύνης εμφανίζεται γεμάτη με στρεσογόνα συναισθήματα. Η θλίψη, ο ψυχικός πόνος αλλά και συμπτώματα που μας παραπέμπουν σε κατάθλιψη δικαιολογούν την ταύτιση με το πένθος. Επιπλέον το άγχος, η αγωνία και η επιθυμία είναι εμφανής σε αυτήν την χρονική περίοδο.

«...Ήμουν πολύ στεναχωρημένη, πριν είχα περάσει και ένα στάδιο κατάθλιψης,..... Όχι, πριν ξεκινήσω την διαδικασία, επειδή δεν έμενα έγκυος, έβλεπα ότι ερχόταν η περίοδος και τότε ξεκίνησαν οι σκέψεις δεν θα κάνω ποτέ παιδιά, γιατί σε μένα, (παύση)...»

Ενώ λίγο μετά περιγράφει τα καταθλιπτικά συμπτώματα εκείνης της περιόδου..

«Τότε, που ήταν πριν ξεκινήσω την διαδικασία, δεν είχα διάθεση για τίποτε, ούτε να βγαίνω, άφηνα τον εαυτό μου εντελώς, ούτε να λουστώ δεν ήθελα να σου πω (χαμογελάει αμήχανα) ε ένιωθα πολύ χάλια, να κάθομαι μέσα στο σπίτι, να μην αφήνω τα παράθυρα ανοιχτά και να κάθομαι στο σκοτάδι.» «Επίσης είχα και πονοκεφάλους...»

(Περίπτωση 3)

«...και κάθε μήνα που λέγαμε αχ μου ήρθε περίοδος αυτό το πράγμα, στο σπίτι υπήρχε σιγή. Πένθος, πένθος και οι δυο δεν μιλούμασταν. Ήμασταν αμίλητοι και οι δυο. Υπήρχε σιγή, ναι, αλλά κανένας δεν έλεγε γαμώτο, γαμώτο, υπήρχε σιγή...»

(Περίπτωση 8)

( Βλέπε Παράρτημα Ι σελ. 96 )<sup>\*1</sup>

#### **4.3.1.2 Οι πρώτες υποψίες**

Μετά από ένα διάστημα αδυναμίας επίτευξης εγκυμοσύνης οι συμμετέχουσες προβληματίζονταν για τις πιθανές συνθήκες που λειτουργούσαν αποτρεπτικά, αποδίδοντας πολλές φορές τα αίτια σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η ανάγκη για γρήγορη επίλυση του προβλήματος ήταν έντονη, ενώ βίωσαν δυσκολίες με το ιατρικό προσωπικό ως προς την ενημέρωση που είχαν.



«..Εγώ τότε βέβαια ήταν το γεγονός ότι ο μπαμπάς μου ήταν άρρωστος και υπήρχε και αυτό το άγχος και το βάζαμε μέσα και αυτό, ότι μήπως είμαι στενοχωρημένη από τον πατέρα μου. Παίρναμε ψυχολογικούς παράγοντες»

(Περίπτωση 8)

«...Στην αρχή ένιωθα πως θα ναι κάτι που θα το ψάξω και που θα ξεπεραστεί κατευθείαν. Κάτι θα είναι , κάτι θα φταίει, θα το φτιάξω και θα ξεπεραστεί.» «...Δεν ξέρω και από αυτά αλλά κάτι μπορεί να έδειχνε μια εξέταση, να μπορούσα να πάρω κάποια αντιβίωση ας πούμε, όπως παίρνουν κάποιες φορές οι άντρες και να ξεπεραστεί.»

(Περίπτωση 4)

«...δεν μπορούσα να βρω γιατρό που να ασχοληθεί σοβαρά για να το ψάξω παραπάνω, κουράστηκα και λίγο με αυτό..» «...μετά άρχισα να το ψάχνω μόνη μου, από forum, από εδώ από εκεί, για να οργανωθώ λίγο καλύτερα...»

(Περίπτωση 6)

### 4.3.1.3 Οι εξετάσεις για τη διάγνωση

Εξετάζοντας τις απαντήσεις που δόθηκαν από το δείγμα, έγινε αντιληπτό πως η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει πλήθος εξετάσεων που πολλές φορές πέραν της ψυχολογική δυσφορίας, προκαλούν σωματικό πόνο καθώς και εξάντληση εξαιτίας της διαδικασίας, των χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και της χρονικής διάρκειας αυτών.

« ...Πήγα έκανα την σαλπιγγογραφία, πόναγα, πόναγα πάρα πολύ γιατί στην ουσία σου περνάνε σκιαγραφικό είναι το φάρμακο, σου περνάνε μέσα από τις σάλπιγγες στο φυσάνε και είναι είναι πόνος, είναι επίπονη εξέταση. Μπορώ να πω ότι την χαρακτήρισα την χειρότερη εξέταση της ζωής μου.»

(Περίπτωση 8)

«..Παίρνω την απόφαση να κάνω λαπαροσκόπηση, ....αναίμακτη επέμβαση έτσι. Καταρχήν σε υπνωτίζουν, όταν ξύπνησα είχα λίγο πιο έντονους πόνους στην κοιλιά εε πιο έντονους από την περίοδο, δηλαδή κάποιες κοπέλες μπορεί να έχουν και πιο

έντονους, εγώ δεν έχω, δεν πονάω στην περίοδο, ε εκεί αισθανόμουν λίγο πιο έντονους, δεν μπορούσα να σκύψω καλά να γελάσω πόναγα λίγο στην κοιλιά γιατί στην φουσκώνουν την κοιλιά, βάζουνε αέρα...»

(Περίπτωση 8)

Όλες αυτές οι διαδικασίες απαιτούν ένα χρονικό διάστημα συνήθως άγνωστης διάρκειας έως ότου συγκεντρωθούν τα αποτελέσματα για να γίνει η διάγνωση.

«...έπρεπε για κάποιες ορμονολογικές να περνάει ένα διάστημα τριών μηνών γιατί έπαιρνα κάτι βιταμίνες τότε. Μου είχε δώσει ο γιατρός κάτι βιταμίνες και μου λέει για να δούμε στο επόμενο τρίμηνο, πως θα γίνει με αυτές τις βιταμίνες, ενώ τις είχα καλές, για να δούμε στο επόμενο τρίμηνο, για να ερεθίζουμε βασικά τις ορμόνες, τα ωάρια, τέτοιες βιταμίνες, δεν ήταν φάρμακα βιταμίνες οπότε αυτές οι εξετάσεις και λένε ότι όταν θα μπαίνεις στην διαδικασία για να κάνεις αυτές τις εξετάσεις πρέπει να περάσει έξι μήνες για την σαλπιγγογραφία, άλλοι έξι μήνες για την λαπαροσκόπηση έτσι ώστε μήπως είναι ψυχολογικό το θέμα της γυναίκας και πέσει σε αυτό το διάστημα και τύχει να κάνει παιδί...»

(Περίπτωση 8)

#### **4.3.1.4 Συζυγική σχέση και σεξουαλική ζωή πριν τη διάγνωση της υπογονιμότητας**

Στην παρούσα μελέτη έγινε αντιληπτό πως υφίστανται δυσκολίες στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών τη συγκεκριμένη περίοδο. Όλες οι ερωτώμενες αναφέρθηκαν σε μειωμένη σεξουαλική διάθεση που προέκυπτε από το υποχρεωτικό πρόγραμμα σεξουαλικής δραστηριότητας, και από τη συναισθηματική ένταση της περιόδου που προκαλούσε στρες.

«...Θυμάμαι την πρώτη γυναικολόγο, δεν θυμάμαι, αλλά μου είχε βάλει πρόγραμμα πότε θα κάνω έρωτα με τον άντρα μου, έπρεπε να κάνω συγκεκριμένες μέρες έρωτα με τον άντρα μου κάτι τέτοιο, δεν θυμάμαι ακριβώς αλλά αυτό ήταν το χειρότερο και θυμάμαι πως σκεφτόμουνα μακάρι να μην πιάσω παιδί με αυτόν τον τρόπο, δηλαδή να

μην μείνω τώρα που γίνεται με το ζόρι ας πούμε, δηλαδή τώρα πρέπει να πιάσω τον άντρα μου για να κάνω σεξ. Αυτό είναι το χειρότερο μου. Δεν μου αρέσει να έχω να θυμάμαι ότι το έπιασα με αυτόν τον τρόπο δηλαδή προτιμώ την φάση της εξωσωματικής παρά αυτό το ότι έλα εδώ θα κάνεις σεξ. Χαλάει λίγο και την σχέση με το ζευγάρι. Και τσακωμένοι που ήμασταν κάποιες φορές θα έπρεπε να τηρήσουμε το πρόγραμμα μας. Και ήταν το χειρότερο.»

(Περίπτωση 4)

«...Μπα όχι, όχι, η διαδικασία της συνεχούς προσπάθειας πριν είχε αλλάξει γιατί όλο αυτό το στοχευόμενο ότι πρέπει να γίνει τότε και δεν ξέρω εγώ τι, φέρνει φουλ πίεση, φουλ ξενέρωμα.... μας κούρασε και τους δυο σε κάποια φάση πολύ.»

(Περίπτωση 6)

«...προσπαθούσαμε πολύ καιρό πριν και μετά είχε γίνει σαν άγχος και σε με εμένα και τον άντρα μου δηλαδή δεν μπορούσαμε να κάνουμε ελεύθερα, ήμασταν σφιγμένοι κάπως, (παύση)».

(Περίπτωση 7)

(Βλέπε Παράρτημα Ι σελ.96 ) \*<sup>2</sup>

### **4.3.2 Η ιατρική διάγνωση της υπογονιμότητας**

Η διάγνωση της υπογονιμότητας είναι μια δύσκολη φάση για τις γυναίκες και προκαλεί ποικίλα συναισθήματα που σχετίζονται πολλές φορές και με τους παράγοντες που προκαλούν υπογονιμότητα. Επιπλέον σε αυτό το υποκεφάλαιο θα γίνουν αναφορές στον τρόπο που οι γυναίκες βιώνουν τη στάση των συζύγων τη συγκεκριμένη περίοδο.

#### **4.3.2.1. Τα συναισθήματα στη φάση της διάγνωσης**

Η υπογονιμότητα βιώνεται σαν μια επώδυνη διαδικασία και πολλοί την συγκρίνουν με το πένθος και την απώλεια. Το παιδί που δεν έρχεται προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα, ενώ ορισμένα από αυτά τα συναντάμε και στο πένθος. Τα

στάδια που έχουν περάσει οι ερωτώμενες σχετίζονται με τον τρόπο που διαχειρίζεται ο άνθρωπος την απώλεια. Παρακάτω αναφέρονται κάποια ενδεικτικά σημεία των συνεντεύξεων που ξεκινούν από τις πρώτες αντιδράσεις μετά την διάγνωση με άρνηση της κατάστασης, αίσθησης αδικίας και θυμό.

«... Όταν όμως μου είπαν πρώτη φορά για την εξωσωματική για δευτερόλεπτα ένιωθα από το κεφάλι μέχρι τα νύχια κάτι να με διαπερνάει, να καίγομαι. Ε δεν υπάρχει περίπτωση, δεν το λέει σε μένα τώρα. Στο μυαλό μου από τον Μάιο ξέρω ότι δεν πάει καλά και θα πάω για εξωσωματική αλλά έλεγα και μήπως με τις βιταμίνες, ε δεν το είχα και πολύ πιστέψει. δεν ήθελα να το πιστέψω...» «.. εε, απλά όταν είσαι νέος και υγιής ε που να σκεφτώ, μου φάνηκε λίγο δύσκολο εε γιατί είπα σ' εμένα..»

(Περίπτωση 1)

Η λύπη και ο φόβος είναι επίσης συναισθήματα που ειπώθηκαν από όλες τις ερωτώμενες.

«..Να σου πω κάτι, το ήξερα από την αρχή, το 'ξερα. Εγώ στεναχωρήθηκα μόνο όταν μου είπαν στην λαπαροσκόπηση ότι είναι και η άλλη σάλπιγγα βουλωμένη. Δεν το περίμενα, περίμενα ότι θα ακούσω όμορφα πράγματα και άκουσα τα χειρότερα, εκεί έπεσα ψυχολογικά αλλά κατευθείαν το άφησα.

(Περίπτωση 9)

«...Το πρώτο βράδυ που έμαθα ότι θα κάνω εξωσωματική ο γιατρός μου, μου είπε θα σου πάνε όλα καλά και μην το σκέφτεσαι, αλλά εγώ το σκέφτομαι γιατί το θέλω πολύ και όταν πήγα σπίτι με έπιασαν τα κλάματα και είπα καλά αυτός είναι έξω από τον χορό, εγώ όμως τι θα κάνω...»

(Περίπτωση 1)

Δεν ήταν λίγες οι γυναίκες που αισθάνθηκαν πως πολλά από τα κοινά όνειρα και σχέδια που έκαναν με τους συζύγους τους κινδυνεύουν να γκρεμιστούν.

«...Να φανταστείς κάποιες αγορές που είχαμε κάνει με τον Μιχάλη, αγοράσαμε πριν λίγο καιρό με τον Μιχάλη ένα σπίτι και ένα εξοχικό και λέγαμε θα το πάρουμε πριν κάνουμε τα παιδιά γιατί όταν τα κάνουμε να πηγαίνουμε εκεί και ειλικρινά, όταν μου

είπε ο γιατρός ότι θα κάνω εξωσωματική το πρώτο πράγμα που μου ήρθε στο μυαλό ήταν θέλω να τα πάρω να τα πουλήσω και να τα πετάξω όλα, ότι έχω, αυτό μου ήρθε...»

(Περίπτωση 1)

Στην προσπάθεια να ερμηνευτούν οι παρακάτω αναφορές έγινε αντιληπτό πως η διάγνωση της υπογονιμότητας είναι μια εμπειρία που σηματοδοτείται ως απειλή για μια σημαντική απώλεια, της απουσίας τέκνων και η απώλεια των ονείρων.

«...Ότι θα μείνω χωρίς παιδιά! Ναι το πήρα λίγο στραβά.» «...την ημέρα της λαπαροσκόπησης όπως σου είπα, είχα στεναχωρηθεί πάρα πάρα πολύ και εγώ που δεν κλαίω έβαλα κάποια στιγμή τα κλάματα, βούρκωσα, δεν έκλαψα, όχι. Εε ήταν αυτό που σκεφτόμουν, ωχ θα μείνω χωρίς παιδιά και άμα, μου πέρασαν όλες οι αρνητικές και άμα δεν τα καταφέρουμε στην εξωσωματική; Άντε πάλι δεύτερη φορά και άντε πάλι τρίτη και άμα δεν τα καταφέρουμε την τρίτη θα πάμε τέταρτη;»

(Περίπτωση 8)

«...Γιατί αυτά τα έκανα για τα παιδιά μου, τι αξία έχουν αν δεν κάνω τελικά. Ένωσα άδεια όταν μου είπε αυτό το πράγμα με την λογική ότι δεν θα κάνω ποτέ παιδιά, κατάλαβες τι εννοώ;»

(Περίπτωση 1)

«...θα ήθελα να γίνει έτσι από μόνο του, μάλλον πιο πολύ έχω φοβηθεί ότι δεν θα γίνει ποτέ με φυσιολογικό τρόπο, φυσιολογικό εννοώ να έρθει από μόνο του... αυτό εννοώ, χωρίς την βοήθεια της επιστήμης...»

(Περίπτωση 4)

Σε πολλές περιπτώσεις προκαλείται ένας καταϊγισμός σκέψεων που αφορούν φόβους και ανησυχίες για διαδικαστικά θέματα ενώ μετέπειτα εμφανίζονται σημάδια επαναδιαπραγμάτευσης, διάθεσης για επίλυση του προβλήματος και αποδοχής της κατάστασης.

«..η επιτροπή σου δικαιολογεί τέσσερις προσπάθειες εμένα μου είχε περάσει από το μυαλό, πάνε αυτές οι τέσσερις προσπάθειες, από εκεί και πέρα τι θα κάνουμε; Θα ζητιανεύουμε; Αυτό ήταν το θέμα! Το οικονομικό κυρίως! Και όλα αυτά τα σκέφτηκα

όχι σε μια μέρα, σε 10 λεπτά και μετά εντάξει έκανα το κλικ, έκανα το κλικ και λέω εντάξει πάμε για εξωσωματική και μια χαρά, μια χαρά...»

(Περίπτωση 8)

Ακόμη έγινε αντιληπτό ότι υπήρχε μια διάθεση για νοσηματοδότηση της κατάστασης.

«..Τίποτα μετά γύρισα και είπα από μόνη μου, γύρισα και είπα, ήμουν στο δωμάτιο στο νοσοκομείο, τότε που είχα κάνει την λαπαροσκόπηση εεε, δεν πειράζει, μόνη μου μίλαγα μόνη μου, δεν πειράζει, θα το περάσουμε και αυτό, δεν πειράζει ότι δεν σε σκοτώνει γίνεσαι πιο δυνατός. Αυτό, ότι δεν σε σκοτώνει γίνεσαι πιο δυνατός...»

(Περίπτωση 8)

«..Δεν ξέρω είναι ανάμικτα τα συναισθήματα. Ανακουφίστηκα όχι ακριβώς, απλά με κάποιον τρόπο θεώρησα ότι με πάει κάπως η ζωή προς αυτήν την κατεύθυνση της προεμφυτευτικής. Κάπως έτσι...»

(Περίπτωση 5)

#### 4.3.2.2 Η πηγή της υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα αποδίδεται σε γυναικείο, αντρικό ή μεικτό παράγοντα, ενώ μερικές φορές η αιτία παραμένει άγνωστη. Στην παρούσα μελέτη δόθηκε η ευκαιρία να γίνει αντιληπτό πως βιώνεται ο κάθε παράγοντας. Όταν η υπογονιμότητα αποδιδόταν σε αντρικό παράγοντα οι αντιδράσεις από την πλευρά των γυναικών ήταν έκπληξη, ανακούφιση και μια διάθεση για προστασία και προσφορά παρηγοριάς στον σύντροφο. Ενώ για τον ίδιο παράγοντα ο σύζυγος μιας από τις ερωτώμενες παρουσιάζεται από την ίδια να αισθάνεται ενοχές και κατωτερότητα. Τα ίδια αρνητικά συναισθήματα εμφανίζονται και στις συμμετέχουσες με γυναικείο παράγοντα υπογονιμότητας. Από την άλλη όταν τα αίτια ήταν αδιευκρίνιστα υφίσταται η ανάγκη για απόδοση ευθύνης.

Η παρακάτω ερωτώμενη με έκπληξη ανακάλυψε πως η αδυναμία επίτευξης κύησης οφειλόταν σε αντρικό παράγοντα. Το γεγονός αυτό της προκάλεσε θετικά συναισθήματα ανακούφισης και χαράς. Ο Greil (1991b), αναφέρει πως η ατεκνία των ζευγαριών θεωρείται πως έχει τις ρίζες της σε γυναικεία αίτια.

«... Δεν το περίμενα, γιατί όταν λες δεν μπορώ να κάνω παιδιά το μυαλό σου πάει κατευθείαν στη γυναίκα. δεν σκέφτεσαι τόσο...» «... δηλαδή ευτυχώς μέσα σε όλα τα άλλα το πρόβλημα το έχει ο άντρας μου... γιατί αντιμετωπίζεται πάρα πολύ εύκολα, ένα σπερματοζώαριο θα του βρουν από κει και πέρα η μήτρα είναι έτοιμη, δηλαδή η μηχανή που κάνει το παιδί είναι η μήτρα, αν εκεί έχεις πρόβλημα έχεις Γολγοθά μπροστά σου.»

Η διάθεση για παρηγοριά και φροντίδα στον σύντροφο της είναι έντονη σε όλη την διάρκεια της συνέντευξης.

«...και ήμουν κι εγώ από πίσω του που του είπα καλά είσαι βλαμμένος; και να σκέφτεσαι και το μετά, ότι εμείς θα κάνουμε και σεξ όποτε θέλουμε, ότι ώρα θέλουμε και δεν θα φοβόμαστε»

(Περίπτωση 1)

Το αίσθημα κατωτερότητας και ενοχής είναι υπαρκτό στο άτομο που έχει διαγνωστεί με υπογονιμότητα.

«...Αυτό της είπα της μάνας μου, με κάνατε προβληματική αρρυθμίες, βουλωμένες σάλπιγγες, με κάνατε προβληματική της λέω.»

(Περίπτωση 8)

«...Ε νιώθει τύψεις, νιώθει άσχημα γιατί όπως και να έχει η γυναίκα τα παίρνει τα φάρμακα. Έτσι; Σου λέει δεν μπορώ να πάρω φαρμακευτική αγωγή να διορθώσω εγώ κάτι σε μένα. Αυτό που έχει δεν διορθώνεται, πρέπει πάλι η γυναίκα να πάρει τα φάρμακα, να μπει σε αυτήν την διαδικασία...»

(Περίπτωση 1)

«Το είχα πάρει και έτσι, πρέπει να χωρίσω, δεν πρέπει να καταδικάσω έναν άνθρωπο να μην κάνει παιδιά, σκέφτομαι και τον άλλον (γελάει).»

(Περίπτωση 8)

Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα θα μπορούσαν να οφείλονται, εκτός των άλλων, στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα άτομα τις αντιδράσεις των συγγενών πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας.

«...Απλά επειδή έλεγε πάντα η μανα μου στην αδερφή μου όταν παντρεύτηκε α! κάνε μου κάνα εγγόνι, κάνε μου κάνα εγγόνι και του έλεγε του άντρα της αδερφής μου, εσείς δεν μου κάνετε εγγόνι γιατί εσύ είσαι ολιγόσπερμος και όταν έμεινε η αδερφή μου έγκυος μετά άρχισε να λέει στον άντρα μου τα ίδια και πως εσύ είσαι ολιγόσπερμος και όταν μάθαμε για τα αποτελέσματα και της τα έλεγα γελάγαμε και είπαμε κοίτα να δεις πως τα φέρνει η ζωή, τελικά είχε δίκιο...»

(Περίπτωση 1)

«...Μου άρεσε από την οικογένεια του άντρα μου ότι... και από την πεθερά μου δεν υπάρχει αυτό το παλαικό, οι ξύνιες «ε και και; Σιγά δεν πειράζει, μια χαρά». Μου άρεσε αυτό! Πώς να το εξηγήσω, μου άρεσε υπήρξε στήριξη ότι δεν πειράζει σιγά, πολλοί το παθαίνουν. Το έκανε η οικογένεια του άντρα μου, γιατί έχω εγώ το πρόβλημα στην ουσία, δεν μου δημιούργησαν κόμπλεξ. Αλλά γενικότερα είναι τέτοιοι άνθρωποι και σε άλλες καταστάσεις ήτανε σωστοί...»

(Περίπτωση 8)

Όταν η υπογονιμότητα οφείλεται σε γυναικείο παράγοντα τότε η εμπειρία της υπογονιμότητας στις συμμετέχουσες βιώνεται με αίσθημα μοναξιάς και ευθύνης.

«...εγώ έχω το πρόβλημα, αν το είχε ο άντρας μου δεν ξέρω τι θα έλεγα. Νομίζω όμως ότι εμείς οι γυναίκες περνάμε και το πρόβλημα του άντρα, οι άντρες όμως δεν το περνάνε, δεν καταλαβαίνουν»

(Περίπτωση 8)

Οι παράγοντες της υπογονιμότητας της παρακάτω συμμετέχουσας είναι αδιευκρίνιστοι, γεγονός που προκαλεί την ανάγκη της για απόδοση ευθύνης. Σε σχετικές έρευνες βρέθηκε πως ο θυμός που βιώνουν τα άτομα με προβλήματα γονιμότητας στρέφεται πολλές φορές εκτός άλλων στο σύντροφο (Spencer, 1987).



«Χμμ εεε πριν, είχαμε κάποιες γκρίνιες, επειδή εκείνος δουλεύει πολύ και εγώ έλεγα αυτός ίσως φταίει και κουράζεται πολύ και έτσι, αλλά μετά αφού πήγα στον γιατρό στην Αθήνα και μιλήσαμε, κατάλαβα κι εγώ ότι δεν είναι έτσι τα πράγματα και κάπως σταμάτησα που γκρίνιαζα και ήρθαμε πιο κοντά.»

(Περίπτωση 3)

Έγινε αντιληπτό πως τα αδιευκρίνιστα αίτια της υπογονιμότητας ή αυτά που αποδίδονται σε ψυχολογικούς παράγοντες βιώνονται με περισσότερη δυσκολία από τις συμμετέχουσες.

«...να ήξερα ότι έχω κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα ή εγώ ή ο σύζυγός μου να το αντιμετωπίσουμε, να κάνω μια θεραπεία, ένα χειρουργείο, αλλά δεν υπάρχει τέτοιο θέμα...»

(Περίπτωση 3)

«..Θυμάμαι τότε όταν είχα κάνει την λαπαροσκόπηση και ήρθε ο κ. ... μέσα στο δωμάτιο και λέω... ναι γιατρέ ναι, κι εγώ περίμενα να ακούσω ότι κάτι γίνεται και λέει τι περιμένεις να ακούσεις; Όλα καλά. Και τότε απογοητεύτηκα. Τώρα λέω, γιατί το να λύσεις το ψυχολογικό, το δικό μου ας πούμε είναι πολύ πιο δύσκολο από το να πάρεις ένα χάπι. Παίρνεις ένα χάπι σου διορθώνει ότι είναι να σου διορθώσει και στο λύνει το θέμα...»

(Περίπτωση 4)

#### **4.3.2.3 Η στάση των συζύγων στη διάγνωση**

Οι σύντροφοι των περισσότερων ερωτώμενων αποδεικνύονται βοηθητικοί και λειτουργούν θετικά στην αποδοχή της νέας κατάστασης και των τρόπων επίλυσης της πραγματικότητας που υφίσταται, παρόλα αυτά είναι σύνηθες να αναφέρονται περιστατικά που αποδεικνύουν την απουσία τους σε σημαντικές στιγμές.

«...Το βράδυ όμως ήμουν καλά. Το πρωί το έμαθα αλλά το βράδυ όμως λέω δεν πειράζει πάμε για εξωσωματική. Τέλος! Σε αυτό έπαιξε σημαντικό ρόλο και ο άντρας

μου γιατί αυτός τα έμαθε και ήρθε και μου το είπε στο δωμάτιο και μου είπε ότι πρέπει να κάνουμε εξωσωματική και μου λέει δεν πειράζει θα κάνουμε και δίδυμα. Μια χαρά! Δηλαδή το πήρε τόσο..εγώ εκεί έπεσα, έπεσα πάρα πολύ ψυχολογικά αλλά το βράδυ λέω δεν πειράζει πάμε για εξωσωματική τέλος!» «.. αλλά αυτές οι σκέψεις μου πέρασαν έντονα τότε και ταυτόχρονα και εκείνη την στιγμή ο άντρας μου με κατάλαβε και μου λέει μην σε νοιάζει το οικονομικό και να μην περάσουμε από επιτροπή θα βρούμε λεφτά και δεύτερη φορά να μην περάσουμε από επιτροπή θα βρούμε λεφτά...»

(Περίπτωση 8)

«..Ήρθε το πρωί στο χειρουργείο όταν με βάζανε, ήρθε στο χειρουργείο να με βάλει και να μάθουμε τα αποτελέσματα μετά έφυγε γιατί δούλευε, δεν είχα κανέναν και το βράδυ απλά ήρθε μια φίλη μου και με πήρε και με έφερε στο σπίτι γιατί δεν έπρεπε να οδηγήσω. Όχι δεν είχα...»

(Περίπτωση 8)

#### **4.4 Η απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση**

Η απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει τις απόψεις, τις γνωστικές διεργασίες και τα κίνητρα των συμμετεχόντων που οδήγησαν στην συγκεκριμένη επιλογή.

##### **4.4.1 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με την μέθοδο IVF**

##### **πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα**

Τα πλεονεκτήματα όσο και τα μειονεκτήματα που αναφέρουν οι ερωτώμενες προσφέρουν την δυνατότητα κατανόησης της γνωστικής διεργασίας που τις οδήγησε στην συγκεκριμένη διαδικασία. Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάζεται ως ένα σημαντικό μέσον που έχει δοθεί για τη δημιουργία φυσικών τέκνων σε περιπτώσεις υπογονιμότητας, ως ένας τρόπος αποφυγής σοβαρών γενετικών ασθενειών και μια ευκαιρία για εσωτερική διεργασία. Η φαρμακευτική αγωγή, το κόστος της θεραπείας και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται στην εξωσωματική γονιμοποίηση αναφέρονται ως κύρια μειονεκτήματα της μεθόδου.

Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας έδωσε λύσεις σε ζευγάρια με προβλήματα γονιμότητας. Η εμπιστοσύνη των ανθρώπων στην επιστήμη έχει κεντρική σημασία τόσο για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία της βιοϊατρικής έρευνας όσο και για τη συνέχιση της θεραπείας των ζευγαριών.

«... ότι δεν χάνουν τις ελπίδες τους, τους δίνουν ελπίδα βασικά, τους δίνουν κίνητρο να προσπαθήσουν, δεν χάνονται οι ελπίδες, μα με τον ένα τρόπο, μα με τον άλλον η επιστήμη έχει εξελιχθεί τόσο πολύ που δίνουμε ελπίδα στην γυναίκα, αυτό είναι το πλεονέκτημα.»

(Περίπτωση 8)

Πολλές συμμετέχουσες εκφράζουν την θετική τους άποψη για τον προγεννητικό έλεγχο που εφαρμόζεται στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Η επιλογή του προγράμματος πρόληψης και ελέγχου που συνοδεύει την διαδικασία της εξωσωματικής ώστε να δύναται προγεννητική διάγνωση είναι τεχνικά εφικτή για πλήθος ασθενειών. Επιπλέον γίνεται αναφορά και στη γενετική προεμφυτευτική διάγνωση. Όλοι αυτοί οι ιατρικοί έλεγχοι βιώνονται από τις περισσότερες ερωτώμενες ως σημαντικοί θετικοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες απόκτησης υγιούς μωρού.

«...Τα θετικά της εξωσωματικής είναι καταρχάς ότι μπορείς να πάρεις υγιές σπερματοζώαριο, εεε υγιές έμβρυο, αφήνεις απ' έξω πολλές αρρώστιες, ινοκυστική νόσο, μεσογειακή αναιμία, όλα αυτά, εε όταν δίνεις δείγματα πάντα εξαιρούν από όσο γνωρίζω έμβρυα που σχηματίζονται που μπορεί να δείχνουνε ότι μπορεί να πάει η δουλειά εκεί, να είναι ουσιαστικά άρρωστα, είναι στην ουσία προγεννητικός έλεγχος, κανονικά πρέπει να κάνουν προγεννητικό όλες οι γυναίκες για να αποφεύγονται όλα αυτά, και για μένα είναι και μια διαδικασία που κάνω και κάποιες εξετάσεις παρά πάνω που δεν θα τις έκανα ποτέ, δεν θα έμπαινα καν. Να δω την μήτρα μου, το άλλο, εντάξει μωρέ αφού δεν έχω τίποτα σιγά, αλλά τώρα τα κάνω όλα αυτά...»

(Περίπτωση 1)

«Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου της προγεννητικής διάγνωσης είναι ότι το παιδάκι μας θα είναι απαλλαγμένο από ένα γονίδιο το οποίο είναι πάρα πολύ βλαβερό και μπορεί να οδηγήσει σε πολύ άσχημες καταστάσεις στη ζωή του»

(Περίπτωση 5)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάζεται επίσης ως μια ευκαιρία για εσωτερική διεργασία και ανάπτυξη εαυτού.

«...Πιστεύω ότι κάθε τι, έχει την θετική του πλευρά, πιστεύω σε αυτήν την άποψη ότι βλέπεις, μαθαίνεις καλύτερα τον εαυτό σου, τις αντοχές σου, τα όρια σου, το πόσο σημαντικοί είναι οι άλλοι για σένα, που μπορείς να ποντάρεις, που όχι, τις ιεραρχίες, πώς να ελέγξω κάτι που δεν είναι στο χέρι μου, τι θα κάνω. Ε κάπως έτσι...»

(Περίπτωση 2)

Το δείγμα αναφέρθηκε ιδιαίτερα στις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που μπορεί να έχει στην μελλοντική του ζωή καθώς και στο υπερβολικό οικονομικό κόστος που έχει η θεραπεία. Αυτά ήταν τα δυο βασικά μειονεκτήματα που αναφέρθηκαν σχεδόν απ' όλες τις ερωτώμενες. Επιπλέον δεν παρέλειψαν να τονίσουν την ψυχολογική δυσφορία, την ανασφάλεια, τους κύκλους απογοήτευσης που συχνά βιώνουν ή φοβούνται πως θα βιώσουν καθώς και το άγχος για το άγνωστο που ενέχει αυτή η διαδικασία.

«...Τα μειονεκτήματα είναι σίγουρα το ψυχολογικό και το άγχος του ότι δεν ξέρεις τι θα αντιμετωπίσεις, το πιο βασικό. Οικονομικό φαντάζομαι για τα ιδιωτικά κέντρα, γιατί εγώ είμαι σε δημόσιο κα δεν ξέρω, αλλά μου έχουν πει πως στα ιδιωτικά είναι ακριβή η εξωσωματική, και επίσης είναι και χρονοβόρα διαδικασία, με τα φάρμακα, τις επιτροπές και όλα αυτά. Αυτά για τα αρνητικά, η ψυχολογία βασικά.»

(Περίπτωση 1)

(Βλέπε Παράρτημα Ι σελ.97) \*<sup>3</sup>

«Τα αρνητικά εντάξει κύκλοι απογοήτευσης, φαντάζομαι αν κρατήσει πολύ, ε εντάξει μπορεί και να με πάρει από κάτω.»

(Περίπτωση 2)

## 4.4.2 Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού

Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο για την επιλογή και την συνέχιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως μέσον απόκτησης παιδιού. Διακρίθηκαν σε δυο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη αναφέρεται στα εσωτερικά κίνητρα που περιλαμβάνουν τα συναισθήματα χαράς και ευτυχίας που φέρνει στη ζωή το παιδί, τα κίνητρα που αφορούν τον ηλικιακό παράγοντα, καθώς και τα κίνητρα για προσωπική και η οικογενειακή ολοκλήρωση, ανάπτυξη και ευημερία. Στη δεύτερη κατηγορία χρησιμοποιήθηκε ο όρος εξωτερικά κίνητρα ή κοινωνικά κίνητρα που περιλαμβάνουν την οικογενειακή και κοινωνική πίεση καθώς και την ανάγκη για να προσφέρουν στους γονείς εγγόνια που θα συνεχίσουν το οικογενειακό όνομα. Η συγκεκριμένη διάκριση συμφωνεί με την έρευνα των van Balen και Inhorn (2002).

### 4.4.2.1 Εσωτερικά κίνητρα

Η απόκτηση παιδιών για μερικές συμμετέχουσες εκλαμβάνεται ως ολοκλήρωση της ανθρώπινης ταυτότητας τους. Το παιδί παρουσιάζεται ως κίνητρο πάλης για τη ζωή και την καθημερινότητα και μια σημαντική αιτία για τη δημιουργία οικογένειας.

«...Νομίζω πως όταν έρθει ... εε θα είμαι πιο ευτυχισμένη , θα γεμίσω ως άνθρωπος. Αν έχεις οικογένεια, έχεις έναν λόγο να καθαρίσεις, να μαγειρέψεις, να πεις ότι θα αγοράσω αυτό για τα παιδιά μου, βλέπω έτσι είναι και η αδερφή μου.»

(Περίπτωση 1)

«Δεν έχει νόημα η ζωή χωρίς ένα παιδί, δεν ξέρω, εγώ το βλέπω έτσι, δεν ξέρω οι άλλοι...»

(Περίπτωση 7)

«Κάποιες στιγμές σκέφτομαι πως αν μου πουν πως δεν μπορώ να κάνω παιδιά θα σηκωθώ να φύγω να πάω στα παιδιά του κόσμου κάπου να προσφέρω, να είμαι με παιδιά, δεν έχει ουσία ...»

(Περίπτωση 1)

Η απόκτηση παιδιού δεν είναι πάντα ο μοναδικός τρόπος για να είναι ευτυχισμένη μια γυναίκα, ενώ η επιτυχημένη συντροφική σχέση έχει περισσότερη σημασία για τη ζωή της επόμενης συμμετέχουσας.

«...για μένα το πιο σημαντικό είναι να είμαι καλά με τον σύντροφο μου, αυτό είναι για μένα το πρώτο, το τοπ κι έχω σκεφτεί ότι και ποτέ να μην κάνω μην γίνει ένα παιδί, αν και η επιστήμη έχει τόσο προχωρήσει, ότι να σαι καλά με τον σύντροφο σου, αυτό νομίζω είναι το πιο σημαντικό. Βρίσκεις μετά και άλλους τρόπους να είσαι χαρούμενος εκτός από ένα παιδί που θα σου φέρει χαρά, θα σου φέρει κάτι άλλο μια χαρά. ένα ταξίδι, φίλοι, κάτι...»

(Περίπτωση 4)

Πολλές από της ερωτώμενες αντιλαμβάνονται την απόκτηση παιδιού και ως έναν τρόπο ολοκλήρωσης της σχέσης με τον σύντροφο τους. Το παιδί είναι σημαντικό κομμάτι για τη ζωή του ζευγαριού, είναι ένας τρόπος να ολοκληρωθεί η οικογένεια.

«...Τα πάντα όλα είναι, είναι το επόμενο βήμα της σχέσης μας με τον σύζυγο μου. Είμαστε πολύ συνειδητοποιημένοι. Είμαστε τόσα χρόνια μαζί, εννιά χρόνια, εε το επόμενο που θέλουμε είναι να κάνουμε ένα παιδί ,δεν είναι να γνωρίσουμε ο ένας τον άλλον. Αυτό θέλουμε. ...»

(Περίπτωση 1)

Η παρακάτω ερωτώμενη παρουσιάζει το παιδί από τη μια ως βασικό κίνητρο στην απόφαση της να παντρευτεί και από την άλλη δεν το θεωρεί αυτοσκοπό.

«...και λέω τώρα θα παντρευτώ γιατί θέλω να κάνω παιδιά (μιλάει και γελάει ταυτόχρονα). Δεν θεωρώ ότι υπάρχει λόγος να παντρευτείς άμα δεν κάνεις παιδιά.» και λίγο μετά «...Δεν θεωρώ ότι ολοκληρώνει την οικογένεια και τέτοια ρε παιδί μου, δεν πιστεύω δηλαδή ότι αν δεν κάνω παιδιά θα είναι τόσο τραγικό πια.»

(Περίπτωση 6)

Η απόφαση για απόκτηση παιδιού βιώνεται από τις ερωτώμενες ως κοινή απόφαση του ζευγαριού, ως ένας κοινός στόχος που έχει ως αποτέλεσμα την ολοκλήρωση της οικογένειας.

«...αλλά είπαμε βρε παιδί μου αφού βλέπαμε ότι δεν γινόταν τίποτα από μας αποφασίσαμε για να το κάνουμε.. και βλέπω πως δεν είναι μόνο από την πλευρά μου και ο σύζυγος το θέλει, δεν είμαι μόνο εγώ.....»

(Περίπτωση 7)

Διαπιστώθηκε πως η επιθυμία για παιδί σε μερικές συμμετέχουσες δεν υπήρχε ανέκαθεν. Οι βιολογικοί λόγοι, ο ηλικιακός παράγοντας, η επαγγελματική ασφάλεια και η αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή φαίνεται να λειτουργούν ενθαρρυντικά ως προς αυτήν την κατεύθυνση.

«...Εγώ έζησα τη ζωή μου όπως ήθελα να τη ζήσω, τώρα θέλω να κάνω παιδί και θα το κάνω τώρα! αν δεν τύχει είναι άλλο θέμα αλλά έχω πολύ πείσμα!»

(Περίπτωση 2)

«..μας έδωσαν κάποιες εεε βιταμίνες..... πιο πολύ για.. αλλά τίποτε πάλι δεν γινόταν και επειδή πλέον περνάν τα χρόνια και μου λένε κάθε χρόνος και πιο δύσκολα, για την γυναίκα όχι για τον άντρα, αποφάσισα να κάνω εξωσωματική.....»

(Περίπτωση 3)

«.... σκέψου με τον άντρα μου είμαστε από τα δεκαοχτώ μέχρι και τα είκοσι επτά ήμουνα πραγματικά, έλεγα δεν θα παντρευτώ γιατί δεν θέλω να κάνω παιδιά, ε μετά τα είκοσι επτά ξαφνικά παπ με χτύπησαν τριάντα πέντε καμπανάκια μαζί. (γελάει έντονα)»

(Περίπτωση 6)

#### **4.4.2.2 Εξωτερικά κίνητρα ή Κοινωνική κίνητρα**

Η ανάγκη για απόκτηση παιδιού ενέχει και κοινωνικά κίνητρα. Η οικογένεια και το γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και η πίεση που ασκείται από αυτό επιδρά στην απόφαση για χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

«...Αυτό έγινε και με ένα γεγονός, είχε μείνει η αδερφή μου έγκυος και με είχαμε ζαλίσει όλοι εσύ τι κάνεις, είστε και παντρεμένοι, πότε θα κάνετε παιδιά και κάπως έτσι το πήρα απόφαση, θα το σκεφτόμουν κι εγώ κάποια στιγμή ...»

(Περίπτωση 1)

Επιπλέον έγιναν αντιληπτά κίνητρα που σχετίζονται με την ηθική υποχρέωση να προσφέρουν εγγόνια στους γονείς τους.

« Όλοι τους επιθυμούν πάρα πολύ, και η αδερφή μου, γιατί δεν έχει κάνει, δεν έκανε οικογένεια δική της, δεν παντρεύτηκε. Είναι σημαντικό γι αυτούς...»

(Περίπτωση 3)

#### **4.4.3 Γνωστικές διεργασίες και συναισθήματα που οδήγησαν στην απόφαση**

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι μια άγνωστη διαδικασία για τη γυναίκα και για το ζευγάρι. Η επιλογή της δεν είναι μια εύκολη απόφαση, δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα και γνωστικές διεργασίες. Το στρες και η αγωνία χαρακτηρίζουν τις συμμετέχουσες τη συγκεκριμένη περίοδο.

«..Στην αρχή, εντάξει είχα μια αμφιβολία, ένας άγχος, φυσικά λογικό είναι..»

(Περίπτωση 2)

«την πρώτη φορά μόνο είχα αισθανθεί, ωχ τι θα ακούσω τώρα, τι θα μας πει, εε θα μπούμε στην διαδικασία, θα είναι αυτός ο γιατρός μου, εε αυτός ο φόβος υπήρχε, αν θα μου δώσει αισιοδοξία και όλα αυτά. Αυτό μόνο αισθάνθηκα. Αγωνία! τις άλλες φορές δεν αισθάνθηκα τίποτα. Ήμουν αποφασισμένη! Τέλος !»

(Περίπτωση 8)



Ο απαιτούμενος χρόνος και οι πληροφορίες για τη μέθοδο είναι αναγκαίες έτσι ώστε η εξωσωματική να γίνει πιο φιλική ως διαδικασία.

«Δεν ήταν εύκολη απόφαση το συζητήσαμε, ε αρχικά δεν ξέραμε τι ήταν αυτό, αρχίσαμε να το ψάχνουμε, να διαβάζουμε άρθρα για την εξωσωματική, αρχίσαμε να ενημερωνόμαστε για το τι είναι αυτό ακριβώς, αν έχει κάποιες επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας όλη αυτή η διαδικασία με τα φάρμακα, ήταν κάτι εντελώς καινούργιο, βασικά ήταν το θέμα να το γνωρίσουμε ε να μάθουμε τι είναι αυτό.»

(Περίπτωση 5)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάστηκε και ως λύση για την εξάλειψη ασθενειών που μπορούν να κληρονομηθούν.

«..με βοήθησε το γεγονός ότι είχα ένα πρόβλημα και δεν μπορούσα να μείνω έγκυος φυσιολογικά και έτσι αναγκαστικά πήγα και σε αυτήν την μεριά. Επίσης δεν μπαίνω στην διαδικασία έκτρωσης ενός μωρού που θα έχει το γονίδιο. Γιατί μας είχαν προτείνει και αυτήν την λύση όταν μάθαμε για την κληρονομικότητα.»

(Περίπτωση 5)

Επιπλέον η επιλογή της εξωσωματικής προκαλεί ηθικά διλλήματα και προβληματισμούς.

«..Εε φοβάμαι την πολύδυμη κύηση, δεν ξέρω πως θα ανταπεξέλθω δηλαδή και όταν ξεκινήσαμε με τον άνδρα μου να κάνουμε ελεύθερα έρωτα για να κάνουμε παιδί, ε λέγαμε ένα παιδάκι. Ένα παιδί, δεν σκεφτόμασταν παραπάνω, γιατί είναι και οι καταστάσεις δύσκολες, λέμε με ένα παιδί θα μπορούμε να ανταπεξέλθουμε. Τώρα είναι ο φόβος λες μπορεί να είναι δύο, πολύ πιθανόν, μπορεί να είναι και τρία. Και λέω... αυτό και από μόνο του με φοβίζει, δεν ξέρω τι και πως θα το αντιμετωπίσω. Άντε εγώ τώρα να επιλέξω. Και στα δίδυμα πάλι δύσκολο είναι και φυσικά δεν σε ρωτάνε αν θες το ένα ή όχι. έτσι νομίζω. Αυτό θα ήταν τραγικό βέβαια. Το να επιλέξω από τα δύο να μείνει το ένα.»

(Περίπτωση 4)

«...ξέρεις σκέφτομαι μέχρι που πάει όλο αυτό, τα όρια της επιστήμης και πόσο, δηλαδή πόσο θα ελέγχουμε τα πράγματα. Με τρομάζει λίγο αυτό, ποια είναι τα όρια καταλαβαίνεις τι εννοώ. Είναι κάποιες σκέψεις που κάνω με ηθική βάση. Αυτό ότι φτιάχνουμε με κάποιον τρόπο, όχι τόσο ότι γίνεται η τεχνητή γονιμοποίηση αλλά και η εξάλειψη γονιδίων είναι πολύ τεχνικό όλο αυτό και με φοβίζει κάπως. Αυτό.»

(Περίπτωση 5)

#### **4.4.4 Ο ρόλος των υποστηρικτικών δικτύων στη λήψη της απόφασης**

Η οικογένεια, ο σύζυγος και οι σημαντικοί άλλοι διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στον τρόπο που βιώνουν οι γυναίκες την εμπειρία της υπογονιμότητας και στην απόφαση να οδηγηθούν στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

«... Εντάξει μπορώ να πω ότι είχα και ένα τηλεφώνημα από την μάνα μου η οποία και αυτή με βοήθησε σε αυτό « δεν πειράζει » στην αρχή στεναχωρήθηκε και η μητέρα μου και μετά με πήρε ένα τηλέφωνο και μου λέει « άκου να σου πω, δεν πειράζει, πάμε για εξωσωματική, μια χαρά, τόσα έχουμε περάσει ».

(Περίπτωση 8)

«.. Η αδερφή μου με βοήθούσε πάρα πολύ, μιλούσαμε πολύ στο τηλέφωνο, είναι μεγαλύτερη και με στήριξε πολύ, έμεινα και λίγο καιρό στην Αθήνα και σιγά σιγά το ξεπέρασα, δύο μήνες έμεινα μαζί της και μετά από αυτό ηρέμησα, άφησα και κανένα χρόνο, πέρασε και μετά αποφασίσαμε μαζί με τον άντρα μου να ξεκινήσω την διαδικασία ναι.»

(Περίπτωση 3)

#### **4.4.5 Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη λήψη της απόφασης και η επιλογή νοσοκομείου**

Η στάση και συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικό απέναντι στις γυναίκες επηρεάζει την απόφαση καθώς και τη συνέχιση της θεραπείας.

«... Κάνεις μια αγωγή και βλέπεις πως πάει και με έχει βοηθήσει και αυτό που είναι τόσο ξεκάθαροι..... Στην αρχή όταν μου είπαν έτσι θα μεις σε αυτό το πρόγραμμα γιατί δεν έχεις πολύ χρόνο, καλά μου είπε, γιατί κάποιους ανθρώπους, κάποιιοι γιατροί που είναι άλλης νοοτροπίας σου λέει έλα άστο στην τύχη, ε δεν το αφήνεις στην τύχη, γιατί μπορεί να μην έρθει ποτέ , μετά τα 45 πιθανόν από 8 να είναι 0% ας πούμε, στα 40 είναι 8% μετά από λίγα χρόνια μπορεί να παίζεις όντος τα ζάρια, έτσι με βοήθησε και η δική τους αντιμετώπιση και η δική μου...»

(Περίπτωση 2)

«...Απλά μου λέει όταν θα κάνεις εξωσωματική θα πετύχεις με την μια, γιατί έχεις και ενδομήτριο καλό και ωάρια κατεβάζεις και γόνιμο ζευγάρι είστε.» «.. πηγαίνω και στην γυναικολόγο μου έξω της δείχνω και τις εξετάσεις και μου λέει και αυτή τα ίδια, απλά μου λέει θα πιάσεις παιδί με την μια γιατί μου λέει έλα να σε κάνω και ένα υπερηχογράφημα, με κάνει και το υπερηχογράφημα και μου λέει θα πιάσεις παιδί με την μια στο λέω και μου λέει ποιον έχεις γιατρό στο νοσοκομείο, της λέω τον .. πολύ καλός μου λέει προχώρα θα πιάσεις παιδί. (ενώ χαμογελούσε).»

(Περίπτωση 8)

Η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια που αισθάνονται οι συμμετέχουσες μεταφέρεται από το γιατρό στην κλινική. Η επιλογή του γιατρού αλλά και της δημόσιας ή ιδιωτικής κλινικής φαίνεται να στηρίζεται στα συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης τα οποία και επηρεάζονται από προσωπικές αντιλήψεις και απόψεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η επιλογή κλινικής βιώνεται με άγχος εξαιτίας της ανασφάλειας και των αμφιθυμικών συναισθημάτων τους. Για μερικές συμμετέχουσες οι δημόσιες κλινικές αποτελούσαν μεγαλύτερη πηγή άγχους από τις ιδιωτικές. Η ταλαιπωρία και ο χρόνος που χρειάζεται να ξοδέψουν είναι απορριπτικοί παράγοντες. Για άλλες συνέβαινε το αντίθετο, το οικονομικό κόστος και η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις ιδιωτικές κλινικές, τις κατεύθυε να επιλέξουν ένα δημόσιο νοσοκομείο και κατ' επέκταση ιατρό. Σε κάθε περίπτωση πάντως η απόφαση λαμβάνεται μετά από πολλές αμφιταλαντευόμενες σκέψεις.

«...Σκέφτηκα να σου πω και για τα δημόσια, αλλά όσο το μπορώ ακόμα το ακριβό δεν μπορώ να μπω στην διαδικασία να πάω σε δημόσιο (γελάει), δεν τα εμπιστεύομαι τόσο, η αλήθεια είναι και είναι και πολύ ταλαιπωρία, ακόμα και ένα ραντεβού απλό να πας περιμένεις τρεις ώρες να δεις τον γιατρό, οπότε για την ώρα θα πληρώνω...»

(Περίπτωση 6)

«...Δεν ξέρω γενικότερα έχω τέτοια θέματα αν κάνω την σωστή επιλογή.... ναι ναι , δηλαδή από τη μια σκέφτομαι πως τα δημόσια είναι κάπως, να δεν διαλέγεις και πρέπει να πας με τον ρυθμό τους, από την άλλη τα ιδιωτικά είναι τόσο ακριβά και δεν ξέρεις κιάλας αν θα είναι καλύτερα. Μπορεί να ναι και χειρότερα και να υπάρχει και εκμετάλλευση. Έχω ακούσει διάφορα και δεν ξέρω τι να πιστέψω, τώρα θα ξεκινήσω από εδώ αλλά και πάλι μου μπαίνουν και τέτοιες σκέψεις μήπως δεν κάνω το σωστό...»

(Περίπτωση 1)

#### 4.4.6 Ο ρόλος του συζύγου

Η στάση του συζύγου απέναντι στην εξωσωματική παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντική για την τελική απόφαση και συνέχιση της θεραπείας. Όταν η υπογονιμότητα οφείλεται σε αντρικό παράγοντα εμφανίζονται συναισθήματα ενοχής που είχαν ως αποτέλεσμα τη διάθεση προσφοράς βοήθειας στη διαδικασία, αλλά και δισταγμό για την επιλογή της μεθόδου.

«...Τη διαδικασία της εξωσωματικής στην αρχή δεν ήθελε να την κάνω γιατί δεν θέλει να περάσω όλο αυτό εξαιτίας του, οπότε λέει εγώ δεν μπορώ να κάτσω να μου βάλουν αυγά, να μου βάλουν τα έμβρυα, οπότε ότι μπορώ να κάνω, να το κάνω. Αυτός έτρεξε για τα χαρτιά, να μαζευτούν, στα πάντα, να πάρει τηλέφωνο τον γιατρό και θα τρέχει όπως φαίνεται σε όλα.....»

(Περίπτωση 1)

Έγινε αντιληπτό πως πολλές από τις ερωτώμενες αναφέρθηκαν στην δυσκολία των συζύγων να εμπλακούν με το δικό τους ιατρικό κομμάτι εξετάσεων. Υποστηρίζουν

πως οι εκείνοι παραπονιούνται περισσότερο για την διαδικασία, ενώ οι ίδιες υποβάλλονται σε πιο πολύπλοκες και επώδυνες καταστάσεις. Συχνά λοιπόν διατυπώθηκαν συναισθήματα που φανερώνουν αδικία και αίσθημα μονομερής ευθύνης.

«...έχει κουραστεί, όχι δεν έχει κουραστεί ακριβώς, ζαλίζεται λίγο από όλες αυτές τις πληροφορίες και ότι κάποια πράγματα πρέπει να γίνουν τα καταλαβαίνει λιγότερο από εμένα, αλλά νομίζω πως είναι φυσιολογικό όλο αυτό.» και λίγο μετά «...να ότι πρέπει να δει τον συγκεκριμένο γιατρό μια και δυο φορές. Εντάξει λίγο δεν του αρέσει αλλά δεν γκρινιάζει στο 000 μην πάμε, ίσα ίσα, που θέλει να γίνει κάτι τέτοιο.... Αχ μου λέει πάλι ωχ θα πάμε εκεί αλλά δεν , δεν μου φέρνει μεγάλη δυσκολία...»

(Περίπτωση 4)

«Με βασάνισε απίστευτα μέχρι να μπούμε στην όλη την διαδικασία. Οι άντρες είναι πολύ δύσκολοι σε τέτοια πράγματα, μέχρι να το πάρουν απόφαση, μέχρι να μπου στην διαδικασία να κάνουν το δικό τους κομμάτι των εξετάσεων, θέλει πολύ παρακαλετό... εεε άργησε πολύ γιατί ήθελα πολύ για να τον πείσω, για να μπει στην διαδικασία να μπει και αυτός στο κομμάτι των εξετάσεων.»

(Περίπτωση 6)

«...Μάλλον ξενέρωνε με την διαδικασία, με όλο αυτό το κομμάτι. Οι δικές του εξετάσεις τουλάχιστον δεν πονάνε, εγώ μπήκα χειρουργεία, έκανα διάφορα, οι δικές μου ήταν πολύ πιο, εγώ έκανα υστεροσκοπικό χειρουργείο ήταν διαγνωστικό για να δούμε αν όλα είναι καλά μέσα, αυτό. ...»

(Περίπτωση 6)

Ενώ όμως οι συμμετέχουσες ισχυρίζονται πως οι σύζυγοι τους καθυστερούν την διαδικασία και παραπονιούνται συνεχώς, οι ίδιες δηλώνουν πως οι ίδιοι είναι ενθαρρυντικοί ως προς την εξωσωματική διαδικασία.

«...Μάλιστα αυτός είναι που μου λέει άντε άντε, αρκετά το αφήσαμε, άντε να το κάνουμε και αυτό να τελειώνουμε να αποκτήσουμε ένα παιδάκι...»

(Περίπτωση 4)

«...Ο άντρας μου ήθελε από πιο πριν να κάνουμε παιδιά, πριν να το αποφασίσω εγώ. ήτανε πάντα, έλεγε κάποια στιγμή θα κάνω οικογένεια, θέλω να κάνω οικογένεια, να κάνω παιδιά, τέτοιο από πιο πριν...»

(Περίπτωση 6)

## **4.5 Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Με την απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση και την επιλογή ιατρού και κλινικής ξεκινάει μια νέα περίοδος για τις συμμετέχουσες. Η συγκεκριμένη περίοδος που μελετάται περιλαμβάνει τις διαδικασίες και τις επιπλέον ιατρικές εξετάσεις που γίνονται μέχρι την λήψη των φαρμάκων. Οι εμπειρίες που μελετώνται περιλαμβάνουν και τις αποτυχημένες προσπάθειες του παρελθόντος σε θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

### **4.5.1 Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Η διαδικασία της εξωσωματικής δημιουργεί επιπλέον αγχωτικούς παράγοντες. Η φύση της θεραπείας, η σχέση με το ιατρικό προσωπικό, με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον αλλά και ο τρόπος που σχετίζονται με τον σύντροφο αποδεικνύονται σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

#### **4.5.1.1 Η φύση της θεραπείας**

Η δεδομένη περίοδος βιώνεται από τις συμμετέχουσες ως μια δύσκολη, πολύπλοκη και επώδυνη διαδικασία με μεγάλη χρονική διάρκεια. Η φαρμακευτική αγωγή που θα χρειαστεί να λάβουν προκαλεί φόβο για την υγεία τους ενώ η εξωσωματική βιώνεται ως μοναδικός τρόπος επίτευξης εγκυμοσύνης, ως μονόδρομος. Από την άλλη η αποτυχία της θεραπείας είναι πάντοτε πιθανή.

«...δεν φανταζόμουν ότι είναι μια επίπονη διαδικασία, επίπονη και επώδυνη ψυχολογικά, αυτό όμως το βλέπεις στην πορεία και πάλι δεν μπορείς, ξέρεις ότι είναι δύσκολο αλλά δεν φαντάζεσαι πόσο.»

(Περίπτωση 2)

«...νομίζω ότι πιέζομαι να το κάνω... κάπως έτσι. Δηλαδή είναι ότι το βλέπω σαν μονόδρομος και αυτό το ότι είναι μονόδρομος για μένα με πιέζει...»

(Περίπτωση 4)

«..Εε έχει πάρει κάπως, τώρα είμαι στο δεύτερο έτος γιατί δεν μπορούσε το καλοκαίρι να γίνει, μια κύστη μπορεί να είναι μια φορά, ένας κύκλος να μην είναι καλός, ένας γιατρός να λείπει, ε έχει να κάνει και με άλλους παράγοντες, ας πούμε την άλλη φορά είχε χαλάσει το μηχάνημα και το επισκευάζανε και δεν είναι πάνω στο χέρι σου αυτά κατάλαβες, είναι δημόσιο νοσοκομείο, οπότε...»

(Περίπτωση 2)

Η εξωσωματική θεωρείται πολύπλοκη και άγνωστη διαδικασία. Τα άτομα που την επιλέγουν έρχονται αντιμέτωπα με ένα σύνολο ενεργειών που αφορούν συγκεκριμένες επισκέψεις σε γιατρούς, άγνωστες πληροφορίες και διαδικασίες, προγράμματα που θα πρέπει να ακολουθηθούν και πολύπλοκες θεραπείες. Όλες αυτές οι συνθήκες προκαλούν αγωνία, ανασφάλεια και επιπλέον άγχος στις γυναίκες.

«..Το έχω λίγο μπερδεμένο στο μυαλό και την διαδικασία και το ότι θέλω ένα παιδί, πιο πολύ μάλλον την διαδικασία έχω στο μυαλό μου. Με αγχώνει και πάλι για τον προγραμματισμό και πάλι για να συντονιστούμε λίγο, πιο πολύ αυτό. Και ότι πρέπει να είμαστε συνεπείς σε κάποια πράγματα γιατί από ότι ξέρω, παίζουν και οι μέρες ρόλο, τάδε μέρα θα πρέπει να κάνεις αυτό, την τάδε το άλλο, νομίζω κάπως... όλα παίζουν ρόλο εκεί, εκεί λίγο αγχώνομαι και γι αυτό το σκέφτομαι και αρκετά συχνά όλο αυτό.»

(Περίπτωση 4)

«Η ψυχολογία μου είναι κάπως παγωμένη, περίεργη, ε δεν ξέρω τι θα αντιμετωπίσω, πόσο χρόνο θέλει και τι να περιμένω.»

(Περίπτωση 1)

«...πχ αύριο είναι να πάω στον γιατρό, τι θα πω με τον γιατρό, τι θα συζητήσουμε τέτοια, μετά σκέφτομαι πάλι πως θα μπω στην διαδικασία, τα σκέφτομαι όλα τα διαδικαστικά και γενικότερα.... Αν δεν με ένοιαζε όλο αυτό, να σκεφτώ ακριβώς τι πρέπει να πω με τον γιατρό αύριο, να έχω στο μυαλό μου μην ξεχάσω κάτι και να ήμουν να πάω και όπως το πάει η κουβέντα. Θα ήμουν πιο χαλαρή.»

(Περίπτωση 6)

Σχεδόν όλες οι ερωτώμενες αναφέρθηκαν στην φαρμακευτική αγωγή που θα αναγκαστούν να λάβουν ή έχουν ήδη λάβει από προηγούμενες προσπάθειες με ιδιαίτερη αγωνία και φόβο για τις παρενέργειες που ενδεχομένως να έχει η αγωγή στην υγεία τους.

«.. ή ας πούμε σκέφτομαι και αν τα φάρμακα μου δημιουργήσουν προβλήματα που παίρνω τώρα γιατί υποτίθεται λένε ρε παιδί μου, λέγανε παλιά πως οι ορμόνες αυτές προκαλούν καρκίνο, μετά λέγανε ότι οι ορμόνες αυτές δεν προκαλούν καρκίνο αλλά αν έχεις προδιάθεση θα βγει πιο γρήγορα. Το δικό μας το μυαλό δεν τα θεωρεί, κανένα φάρμακο δεν είναι αθώο οπότε μπαίνω και σε αυτές τις σκέψεις και καμιά φορά όταν δεν νιώθω καλά λέω είσαι σίγουρη ότι δεν είναι ψυχολογικό τώρα ή έχει βγει κανένα κουσούρι από τα φάρμακα. Έχω και τέτοιους προβληματισμούς.»

(Περίπτωση 6)

Η πιθανότητα της αποτυχίας της θεραπείας είναι ένας επιπλέον παράγοντας φόβου και άγχους .

«.. και ακόμα εντάξει, δεν έχω αγχωθεί τόσο με τα τώρα, τα διαδικαστικά, απλά αγχώνομαι με το πώς θα αντιμετωπίσω μια καινούργια αποτυχία πιο πολύ. Ότι αν πάλι δεν πετύχει, τι θα κάνω τότε. Θα είμαι κουλ ή όχι. Πιο πολύ αυτό.» ενώ λίγο αργότερα «...Κλασικά εντάξει, την πρώτη φορά δεν αγχώθηκα, την δεύτερη φορά αγχώθηκα, χαλάστηκα, απογοητεύτηκα, (γελάει), με πιάσανε όλα τα ψυχολογικά μου μαζί, με πιάσανε κάτι κρίσεις πανικού το καλοκαίρι κάτι τέτοια, φαντάζομαι από αυτά βγήκανε...»

(Περίπτωση 6)



«...Εντάξει δεν είμαι και αναισθητη απλά κάποιες φορές, που πήγαινα για ύπνο έλεγα αχ χριστέ μου τώρα που θα ετοιμαστώ πάλι να πετύχει για να τελειώσει η ταλαιπωρία, όχι τίποτε άλλο...»

(Περίπτωση 7)

#### **4.5.1.2 Το οικονομικό κόστος της θεραπείας**

Οι υπογόνιμες γυναίκες της μελέτης τόνισαν ιδιαίτερα το οικονομικό κόστος αυτής της διαδικασίας δηλώνοντας ότι είναι μια σημαντική επιβάρυνση και ένας συνδυαστικός παράγοντας άγχους. Σε μια αντίστοιχη ποιοτική έρευνα της Van Ess (2012) πολλές από τις γυναίκες που συμμετείχαν εξέφρασαν ανοιχτά τη δυσαρέσκεια με την ασφαλιστική τους κάλυψη, ή την έλλειψη κάλυψης για θεραπείες υπογονιμότητας. Η θεραπεία της υπογονιμότητας θεωρείται πολύ ακριβή και οι ασφαλιστικές δεν καλύπτουν πάντα τα απαιτούμενα καθώς και τους ανασφάλιστους ασθενείς, γεγονός που δημιουργεί απογοήτευση, άγχος και δυσφορία.

«...Ξέρεις το από κάτω είναι συνδυαστικός παράγοντας, γιατί είναι και πολύ ακριβό και λες άντε να ξαναμαζέψω λεφτά, να ξανα μπορέσω να το κάνω.» «Να φανταστείς πάντως ότι η πρώτη μου κόστισε δυόμιση χιλιάρικά η δεύτερη χίλια πεντακόσια συν εξετάσεις που γίνανε φτάσανε χιλιάρικο και παραπάνω.»

(Περίπτωση 6)

(Βλέπε Παράρτημα I, σελ. 97) \*<sup>4</sup>

#### **4.5.1.3 Η απόφαση να δοθεί τέλος στη θεραπεία**

Στη μελέτη παρουσιάστηκαν προβληματισμοί που αφορούσαν τη δυσκολία να δοθεί κάποια στιγμή η απόφαση για τερματισμό της θεραπείας γονιμοποίησης. Η συγκεκριμένη απόφαση τις περισσότερες φορές περιλαμβάνει και την αποδοχή της ατεκνίας ή της έλλειψης του φυσικού τέκνου, γεγονός που δεν επιτυγχάνεται εύκολα.

«...αφού αυτό σκεφτόμουνα ότι δεν ξέρω πότε να πεις τέλος και δεν προσπαθώ και τα παρατάω και εγκαταλείπω και το παίρνω απόφαση βρε παιδί μου ότι δεν θα

ξαναγίνει ποτέ, γιατί έχεις μπει σε μια λογική να το σκέφτεσαι συνέχεια και να ψάχνεις τρόπους συνέχεια και να κάνεις σχέδια συνέχεια που, πως σταματάς να το σκέφτεσαι μετά από κάποια φάση; Δηλαδή δεν νομίζω ότι γίνεται.»

(Περίπτωση 6)

#### 4.5.1.4 Οι υπηρεσίες υγείας

Οι εμπειρίες που είχαν οι συμμετέχουσες με το ελληνικό σύστημα υγείας περιλαμβάνουν τις δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές, την ασφαλιστική κάλυψη καθώς και τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ).

«...αλλά είναι ψυχοφθόρο, τώρα να πρέπει να αποδεικνύεις στον καθένα τι πρόβλημα έχεις τι δεν έχεις, εντάξει και αυτοί την δουλειά τους κάνουν»

(Περίπτωση 1)

«...τώρα μαζεύουμε τα χαρτιά που χρειάζεται να καταθέσουμε, για να κάνουμε την αίτηση. και είναι και πολλά αυτά που ζητάν. Μαζεύαμε πάντα χαρτιά για τράπεζες, για εφορίες, για τέτοιο πράγμα δεν περίμενα να μαζέψω χαρτιά.»

(Περίπτωση 4)

(Βλέπε Παράρτημα Ι, σελ. 98) \*<sup>5</sup>

Η προσωπική εμπειρία του δείγματος ως προς τις πληροφορίες που δίνονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την διαδικασία της εξωσωματικής θεωρήθηκαν ελλιπείς. Στη συγκεκριμένη περίοδο η ανάγκη για ενημέρωση φάνηκε να ήταν το ζητούμενο όλων των συμμετεχόντων. Οι ίδιες τόνισαν πως δεν καλύφθηκαν από τις πληροφορίες που τους έδιναν οι γιατροί τους, ενώ μερικές χρησιμοποίησαν το διαδίκτυο για επιπλέον ενημέρωση.

«...Εντάξει με κάλυψαν οι πληροφορίες αλλά δεν μπορώ να πω πως είμαι πλήρης 100% , δεν ξέρω ακόμα, τα λένε και λίγο δύσκολα, επιστημονικά, αλλά νομίζω ότι ξέρω τι γίνεται και τι ακολουθεί.»

(Περίπτωση 4)

«..είμαι πολύ μελετηρό κορίτσι, τα είχα διαβάσει όλα πριν πάω εκεί από τα forum. Οι γιατροί δεν νομίζω ότι στα λένε και πολύ ξεκάθαρα, γενικά δεν νομίζω ότι υπάρχουν γιατροί που να είναι πολύ ξεκάθαροι, ακόμα και ο δικός μου που έχουμε πολύ άνεση όταν του έλεγα εγώ διάφορα, μου έλεγε καλά εσύ τα ξέρεις, πας και καλύτερα από μένα, να σε κάνω γραμματέα ή οτιδήποτε δεν θέλουν να ξέρουμε...»

(Περίπτωση 6)

Οι συμμετέχουσες εξέφρασαν συναισθήματα ασφάλειας καθώς και ανασφάλειας με το ιατρικό προσωπικό που είναι αρμόδιο για την εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ αναφέρθηκαν σε θέματα εμπιστοσύνης και οικειότητας που προκαλούσαν αντίστοιχα συναισθήματα.

«...Εε λίγο άβολα δεν ξέρω.. δεν ξέρω αν φταίει ο ίδιος που δεν με έκανε να αισθανθώ άνετα ή αν φταίει όλο αυτό. Δεν ξέρω γενικά αν έφταιγε αυτός, η προσέγγιση του ή εγώ που δεν ένιωθα άνετα γιατί και με την γυναικολόγο αυτή που είμαι τώρα δεν νιώθω και τόσο τόσο άνετα, ενώ στο παρελθόν με άλλη γυναικολόγο νομίζω πως ένιωθα καλύτερα. Παρόλα αυτά ήθελα και μια δεύτερη γνώμη και καλά έκανα και πήρα, παρόλο που ένιωθα καλύτερα με την πρώτη».

(Περίπτωση 4)

Σύμφωνα με μια ποιοτική μελέτη της Van Ess (2012) που διεξήγαγε σε γυναίκες με υπογονιμότητα, διαπιστώθηκε πως οι ανάγκες αρκετών γυναικών από το ιατρικό προσωπικό δεν αντιμετωπίστηκαν, και πως εκείνες αισθάνθηκαν να μην μπορούν να μιλήσουν άνετα με το γιατρό τους καθώς τον αντιλαμβάνονταν απόμακρο. Στην παρούσα μελέτη γίνονται σχετικές αναφορές.

«Είναι λίγο ο γιατρός ο ανώνυμος... απρόσιτος ως άνθρωπος βέβαια αλλά καλός.... Εντάξει κάποιες φορές νιώθω πολύ ψυχρότητα. Είμαι απλά ένα κομμάτι κρέας, στην ουσία, αυτό ναι βέβαια, ένα κομμάτι κρέας. Δεν είμαι η ασθενής του, ξέρει ότι θα τον έχω και γιατρό μετά απλά μας αντιμετωπίζει γιατί είμαστε και άλλες κοπέλες που

πηγαίνουμε στο τμήμα αναπαραγωγής, σαν κομμάτι κρέας, α! α! έλα κι εσύ, α! μπες κι εσύ και μας έχει ξαναδεί γιατί τον έχω συναντήσει κάποιες φορές και με το χειρουργείο. Με ενόχλησε αυτό στην αρχή αλλά το συνήθισα.»

(Περίπτωση 8)

Η ανάγκη για ασφάλεια καθορίζει και την επιλογή γιατρού καθώς ο φόβος της εκμετάλλευσης είναι συνήθως υπαρκτός.

«...γιατί είναι και θέμα, έχω πολύ θέμα να εμπιστευτώ εγώ τους γιατρούς, γιατί σε αυτόν τον κλάδο ειδικά είναι, εε δεν είναι όλοι σόι και να σου φάνε και λίγα λεφτά παραπάνω ας πούμε»

(Περίπτωση 6)

Επιπλέον έντονη είναι και η ανάγκη για εμπύχωση από τον θεράποντα ιατρό.

«Μου λέει θα πιάσεις παιδιά μου λέει εσύ και μπορώ να πω ότι ένιωσα ωραία, (χαμογελάει και το λέει με μια αίσθηση ικανοποίησης), όταν μου το είπε αυτό γιατί κατάλαβα ότι τώρα κάνω παιδιά, ένιωσα αυτοπεποίθηση, δεν υπάρχει κάτι άλλο, τώρα θα κάνω παιδιά. Έχω ψυχολογία, πάω για να κάνω παιδιά, τέλος. Δεν υπάρχει ότι δεν θα κάνω παιδιά, τώρα κάνουμε παιδιά!»

(Περίπτωση 8)

Μερικές συμμετέχουσες αισθάνονται πίεση από τα χρονικά όρια που τους θέτουν οι γιατροί τους. Στην έρευνα της Van Less (2012) οι γυναίκες περιέγραψαν μια αποσύνδεση μεταξύ των επιθυμιών τους από τις τυποποιημένες διαδικασίες και τους στόχους που τους έθεταν οι γιατροί τους.

«...με έχει τσιτώσει και λίγο η γυναικολόγος μου, μου λέει να τα μαζέψεις γρήγορα και αν είναι μέσα στον Γενάρη, δηλαδή κάπως μου βάζει κάποια χρονικά όρια που εγώ λίγο στρεσάρομαι...»

(Περίπτωση 4)

Οι συμμετέχουσες φαίνεται να επηρεάζονται από τις απόψεις του κοινωνικού περιβάλλοντος για τον θεράποντα ιατρό, ενώ η διάθεση για επαφή του γιατρού καθώς

και ο απαιτούμενος χρόνος, τους δίνει την δυνατότητα να αισθανθούν οικειότητα και εμπιστοσύνη.

«...αλλά αισθάνομαι να τον εμπιστεύομαι από την αρχή που τον γνώρισα, είχα μάθει για αυτόν τον γιατρό από γνωστές μου, αρκετά άτομα που τα ήξερα είχαν πάει σε αυτόν. Και ήξερα πράγματα για αυτόν..»

(Περίπτωση 8)

«..απλά τώρα που έχουν περάσει και τρεις συναντήσεις μαζί του είμαι κάπως καλύτερα αλλά και πάλι, αλλά πάω πιο άνετα.»

(Περίπτωση 1)

#### **4.5.1.5 Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον**

Η οικογένεια αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον σχετίζονται με την εμπειρία της υπογονιμότητας και προκαλεί ποικίλα συναισθήματα στις συμμετέχουσες. Στην έρευνα των Καρέλα και Βάρβογλη (2008) οι υπογόνιμες γυναίκες που ακολουθούν κάποια ιατρική θεραπεία είναι σημαντικό να νιώθουν ότι έχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Παρόλα αυτά πολλές φορές το περιβάλλον καθίσταται βλαβερό και προκαλεί πίεση και δυσφορία.

##### **4.5.1.5.1 Το υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον**

Η συμπεριφορά των φίλων και των συγγενών που είχαν υποστηρικτικό ρόλο με διάθεση για προστασία και κατανόηση προκαλούσε στο δείγμα θετικά συναισθήματα. Γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για μια σημαντική βοήθεια που δίνεται με πολλούς και ποικίλους τρόπους και καλύπτει συναισθηματικές, υλικές και πρακτικές ανάγκες. Επιπλέον το μοίρασμα κοινών εμπειριών αναζητείται και παρουσιάζεται αρκετά βοηθητικό.

«...Το συζητάμε, όταν έχω αυτούς τους φόβους ότι μπορεί και να μην πετύχει, αυτό προσπαθώ να το συζητάω και μου δίνουν κουράγιο οι δικοί μου και μερικές φορές

ακόμα και χωρίς να συζητήσω κάτι, αισθάνομαι ότι είναι δίπλα μου, δηλαδή ότι μπορώ να συζητήσω το οτιδήποτε γύρω από αυτό το θέμα ανά πάσα στιγμή.»

(Περίπτωση 5)

«... τώρα αν είχα και την μαμά μου δίπλα, μπορεί να ήθελα να με βοηθήσει και να το δεχόμουν, τώρα ίσως επειδή είναι μακριά γι αυτό. Και τότε απλά με το να είναι δίπλα μου θα με βοηθούσε απλά δίπλα όχι να έκανε κάτι συγκεκριμένο. Δεν χρειάζομαι κάτι παραπάνω.»

(Περίπτωση 4)

Οι περισσότερες ερωτώμενες εξέφρασαν την ανάγκη για επαφή με άτομα που είχαν παρόμοιες εμπειρίες εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την άποψη για αυξημένη ανάγκη κατανόησης και ενσυναίσθησης αλλά και της ανάγκης για επιπλέον πληροφοριακό υλικό. Οι γνώσεις και οι πληροφορίες που τους παρέχονται ενδέχεται να τους εξασφαλίζουν μεταξύ άλλων, περισσότερο έλεγχο για την διαδικασία καθώς και βοήθεια στη λήψη αποφάσεων.

«..Ναι ναι αλλά θα ήθελα να έχω και κάποιον που να περνάει αυτό ή να το χει περάσει, να το συζητάω καλύτερα γιατί δεν είναι το ίδιο να το συζητάς με άτομα που δεν το έχουν περάσει..... να μου πουν και τι ξέρουν γι αυτόν τον γιατρό, τις εμπειρίες τους. Δεν έχω κάποιον από το οικογενειακό μου περιβάλλον, να μου πει, ίσως και να συγκρίνω τους γιατρούς .»

(Περίπτωση 1)

«..Κάποια στιγμή μίλησα με τη μια μου τη συννυφάδα που είχε μπει και αυτή σε διαδικασία εξωσωματικής πριν χρόνια, η οποία μου είχε πει, μη σε αγχώνει καθόλου, πάμε να έχουμε και άλλα δίδυμα στην οικογένεια. Αυτηνής μόνο τα λόγια μου έχουν μείνει και δεν με ενόχλησαν γιατί μου το είπε ευθέως ενώ όλοι οι υπόλοιποι μου έλεγαν «έλα μωρέ εντάξει» (αλλάζει πάλι την χροιά της φωνής της κοροϊδευτικά). Εκείνη είχε περάσει από εξωσωματική και είχε περάσει τρεις φορές η συγκεκριμένη.»

(Περίπτωση 8)

(Βλέπε Παράρτημα I, σελ. 98) \*<sup>6</sup>

Μερικές συμμετέχουσες καταφεύγουν σε διάφορες σελίδες κοινωνικής δικτύωσης για να ανταποκριθούν στις συγκεκριμένες ανάγκες τους.

«... τώρα που έχω ξαναμπεί στις διαδικασίες και τέτοια ναι, θέλω να έχω ένα άτομο να του μιλάω και να καταλαβαίνει ακριβώς τι του λέω, οπότε αυτό βοηθάει πολύ πιστεύω. Γιατί και ακριβώς τα ίδια να μην είναι, κοίτα ίδια δεν είναι σε κανέναν τίποτα γιατί ο καθένας έχει και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν σίγουρα την ζωή του, αλλά και μόνο που καταλαβαίνει, εε περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον κάποιος που το έχει περάσει ας πούμε.

(Περίπτωση 6)

Η πρακτική και υλική βοήθεια, παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους (πχ. με χρήματα, χειρονακτική εργασία κ.α.) και βιώνεται με θετικό τρόπο, ενώ εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις που προάγουν την αίσθηση ασφάλειας, προστασίας και υποστήριξης.

«...και στην δουλειά, που το ήξεραν όλα τα παιδιά που δουλεύουμε μαζί ότι δεν μπορώ να κάνω τις δουλειές ας πούμε, κάνανε όλες τις δουλειές για μένα (γελάει αρκετά έντονα), χωρίς παράπονα..»

(Περίπτωση 6)

«..Και ήθελα να σου πω πως οι γονείς μου με έχουν βοηθήσει πολύ οικονομικά..»

(Περίπτωση 3)

«..αλλά παίζει ρόλο και το περιβάλλον σου, όταν σου λέει και η μητέρα σου και ο άντρας σου και η πεθερά σου και τα αδέρφια σου και δεύτερη και τρίτη εμείς είμαστε εδώ όλοι θα βοηθήσουμε όχι μόνο οικονομικά αλλά και ψυχολογικά και τα πάντα ε σου δίνουν ελπίδες...»

(Περίπτωση 8)

#### 4.5.1.5.2 Οι δυσκολίες που βιώνονται από το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι συμμετέχουσες αισθάνονται ότι η οικογένεια τους καθώς και το κοινωνικό τους περιβάλλον μπορεί να γίνει πειστικό, υπερπροστατευτικό, αδιάκριτο και μη βοηθητικό.

«..Ο πατέρας μου στεναχωριέται πολύ και η μαμά μου αλλά ο μπαμπάς μου το δείχνει περισσότερο, θέλει ένα εγγονάκι έντονα. Και αυτό θα ήθελα να μην συνέβαινε, να ήταν τόσο έντονη η ανάγκη του».

(Περίπτωση 3)

«...εντάξει κάποια βλέμματα προστασίας, υπερπροστασίας της μαμάς μου ε το καταλαβαίνω, το παιδί σου να παλεύει για κάτι, το αισθάνεσαι αυτό...»

(Περίπτωση 2)

Η γενικότερη εμπλοκή των συγγενών πάνω σε αυτό το θέμα φαίνεται να ενοχλεί.

«...πχ μετά από μια αποτυχία, μου έλεγε η μαμά του άντρα μου, μήπως να κοιτάξεις και σε άλλον γιατρό και μένα αυτό με πείραζε γιατί δεν ένιωθα ακόμα έτοιμη να αλλάξω γιατρό, δεν ήθελα να ρίξει την ευθύνη στον γιατρό, άστο να δούμε πως θα πάει, κάπως έτσι, αυτό με πείραζε. ...»«...δεν θέλω την γνώμη των άλλων πάνω σε αυτό καθόλου. Έχω εε εγώ πιστεύω τον εαυτό μου, θα κάνω τις επιλογές τις σωστές όπως και να έχει.»

Και λίγο μετά,

«...με το να μην ασχολούνται καθόλου καθόλου, να μην το κάνουν θέμα.»

(Περίπτωση 6)

Η έλλειψη κατανόησης από το κοινωνικό περιβάλλον ιδιαίτερα από το εργασιακό προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα.

« ... με πειράζει μόνο η αντιμετώπιση των συναδέλφων εδώ πέρα, αυτό με ενοχλεί και με πικάρει πολύ, μπορώ να πω, αλλά εντάξει, συμβαίνουν αυτά... ε εντάξει δεν θέλω



και να μου πουν κάνε ότι θες, φύγε όποτε θες, λίγο περισσότερη κατανόηση, μόνο αυτό, κατανόηση και είναι και η φύση της δουλειά μας που είναι σημαντικό ο άλλος να έχει κατανόηση. Κατάλαβες; δεν με νοιάζει όμως, υπάρχουν και οι αναρρωτικές και κάπως έτσι. Δεν το περίμενα πάντως...»

(Περίπτωση 2)

Μερικές από τις ερωτώμενες διατύπωσαν επίσης συναισθήματα ενόχλησης που προέκυψαν από αδιάκριτες ερωτήσεις. Έγινε αντιληπτό ότι σε μερικές περιπτώσεις η ατεκνία αντιμετωπίζεται με στίγμα από το κοινωνικό περιβάλλον.

« Αυτό όμως που με ενοχλεί είναι οι πελάτες μου που έρχονται στο γραφείο, αυτοί γύρω στα 50-60 και με ρωτάν είσαι παντρεμένη, πότε παντρεύτηκες, και μετά υπολογίζουν α! από τότε και πως και δεν έχεις κάνει παιδιά εσύ... αυτά λίγο με ενοχλούν αλλά μετά το παίρνω και εγώ πολύ στο χαβαλέ.»

(Περίπτωση 1)

Επιπλέον η αλλαγή συμπεριφοράς των συγγενών και των φίλων προκαλεί σε πολλές συμμετέχουσες εκνευρισμό.

«...χμμ με παίρνουν συνέχεια τηλέφωνο και τα αδέρφια μου και η μητέρα μου και ο πατέρας μου, 'πως είσαι τι κάνεις;' (Αλλάζει την χροιά της φωνής της), αυτά τα ανάλατα, που δεν μου αρέσουν. Ο άντρας μου και αυτός είναι κάπως το ίδιο, γλυκόλογα πού και καλά να μην με αγχώσουν και αυτό είναι το χειρότερο για μένα.»

«Να σου πω την αλήθεια μου σπάνε τα νεύρα, θέλω να με αφήσουν ήσυχη, θέλω να με αφήσουν ήσυχη»

(Περίπτωση 8)

Ο λόγος που ορισμένες αποφεύγουν να το συζητούν με το κοινωνικό περιβάλλον είναι μεταξύ άλλων ο φόβος της πρόκλησης επιπλέον άγχους, καθώς και της μη αυθεντικής συμπεριφοράς των άλλων.

«...Μήπως και με αγχώσουν, μην μου πουν κάτι και με αγχώσουν και εμένα δεν μου αρέσουν και αυτά τα γλυκόλογα. «Έλα ρε χαλάρωσε, ξεαγχώσου!». Δηλαδή δεν μου αρέσουν και δεν θέλω δεν θέλω, καθόλου! Αυτό!»

(Περίπτωση 8)

#### 4.5.1.6 Ο σύζυγος και η συντροφική σχέση

Η συζυγική και συντροφική σχέση είναι εύλογο να παρουσιάζεται ως σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην εμπειρία της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η υπογονιμότητα και η θεραπεία της προβάλλονται από τις ερωτώμενες ως προσωπική τους ευθύνη, ενώ συνηθίζουν να εμπλέκουν τους συντρόφους τους μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Επίσης αναδεικνύονται σημαντικές διαφορές στους τρόπους αντιμετώπισης που δυσκολεύουν τις μεταξύ τους σχέσεις. Μερικές συμμετέχουσες εκδήλωσαν την προτίμησή τους να πηγαίνουν μόνες τους στον γιατρό παρουσιάζοντας την διαδικασία περισσότερο ως δική τους ευθύνη. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο δείγμα δήλωσε πως αισθάνεται ασφάλεια όταν συνοδεύεται από τους συζύγου.

«...σίγουρα με το να πηγαίνω με τον άντρα μου νιώθω καλύτερα»

(Περίπτωση 1)

«Στην αρχή είχα πάει με τον σύζυγο για να μάθω το πρώτο .. για να μάθουμε τι παίζει και μετά μόνη μου. Ε δεν χρειαζόταν να έρθει. Δεν είχα ανάγκη.»

(Περίπτωση 8)

Γίνεται αντιληπτό ότι οι σύζυγοι τις στηρίζουν με ένα δικό τους τρόπο. Δεν συζητούν τόσο για διαδικασία και για το άγχος που βιώνουν, αλλά εμφανίζονται πιο συγκρατημένοι, δίνοντας την αίσθηση ότι δεν τους απασχολεί και πολύ το αποτέλεσμα της διαδικασίας. Αυτό άλλοτε προκαλεί χαλάρωση στο υπάρχον στρες των γυναικών, ενώ άλλες φορές εκλαμβάνεται ως αδιαφορία. Στη μελέτη της Stanton (1991) υποστηρίζεται ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας ασκεί διαφορετική επίδραση στους άνδρες από αυτήν που ασκεί στις γυναίκες.

«..Είναι πολύ υποστηρικτικός και μου λέει ότι θέλεις εσύ, δεν με πιέζει και κάποιες φορές μου έχει πει ότι ακόμα και να μην αποκτήσουμε παιδιά δεν έγινε και τίποτα, εδώ είμαστε, υπάρχουν και άλλοι τρόποι να νιώθεις χαρά, θα δοκιμάσουμε και κάτι άλλο. Γενικά μου αφήνει πάρα πολύ το πάνω χέρι και τον έλεγχο και με βοηθάει πολύ αυτό. Δεν με πιέζει ούτε βλέπω να στεναχωριέται αν δεν, κατάλαβες..»

(Περίπτωση 2)

«... έχει τον τρόπο του όμως να με καθησυχάζει. Θα με πάρει μια αγκαλιά, θα μου πει ότι , εε θα μου πει να μην αγχώνομαι, εε διότι ακόμα δεν έχουμε ξεκινήσει οπότε δεν μπορούμε να προκαταβάλουμε ότι κάτι κακό θα συμβεί, όταν έρχονται οι στιγμές, οι φόβοι δηλαδή ότι κάτι μπορεί να μην πάει όπως πρέπει..»

(Περίπτωση 5)

Η παρακάτω συμμετέχουσα ενοχλείται από τη συμπεριφορά του συντρόφου της καθώς τον αντιλαμβάνεται λιγότερο επικεντρωμένο στο στόχο, απ' ότι είναι η ίδια.

«...Θα με βοηθούσε και του το έχω πει, του το έχω πει. Θα με έκανε χαρούμενη, θα με έκανε χαρούμενη, ότι είναι στόχος και των δυο, ότι βαδίζουμε σε μια πορεία κοινή. Φαίνεται ότι γι αυτόν υπάρχουν δυο σκέψεις και να μην κάνουμε και να κάνουμε, ενώ για μένα υπάρχει μόνο η σκέψη να κάνουμε παιδί και με ενοχλεί το να μην κάνουμε...»  
«...Σε κάποιες συζητήσεις που έχουν γίνει, ενώ ξέρω ότι το θέλει είναι συγκρατημένος, σε μένα δεν δείχνει όπως δείχνω εγώ θέλω οπωσδήποτε παιδί..»

(Περίπτωση 8)

Οι επόμενες αναφορές προκαλούν την εντύπωση ότι η υπογονιμότητα βιώνεται διαφορετικά ανάλογα με το φύλο.

«...Εεε είναι γενικά, τον βλέπω έτσι κάποιες φορές να συγκινείται όταν βλέπει στην τηλεόραση κάποια παιδάκια.... (παύση) ή με τα ανίψια του που είναι πολύ δεμένος, αλλά δεν μου λέει πότε θα κάνουμε το δικό μας παιδί, ενώ εγώ ναι, το λέω αρκετές φορές.»

(Περίπτωση 1)

Η παρακάτω συμμετέχουσα αναφέρεται στην τάση της να ξεσπάει με κλάματα εξαιτίας των προηγούμενων αποτυχημένων προσπαθειών, για τον ίδιο λόγο ο σύζυγος

παρουσιάζεται να καταναλώνει αλκοολούχες ουσίες. Παρόλα αυτά εκφράζεται για εκείνον με διάθεση κατανόησης. Οι Burns και Convigton (2006) αναφέρονται σε αυτό το πολιτισμικό φαινόμενο όπου οι άνδρες σε περιόδους πένθους συχνά καταναλώνουν παρέα με άλλους αλκοολούχα ποτά τη στιγμή που οι γυναίκες τους μπορεί να κλαίνε και να θρηνούν.

«...και είναι δηλαδή πώς να στο πω, στιγμές που το κάνεις αυτό, όχι που το κάνεις εσκεμμένα μπορεί να σου την δώσει έτσι και να κάθεται να πεις και όταν βγαίνεις και στο καφενείο στο χωριό, είναι αλλιώς, είναι εύκολο να παρασυρθείς, ενώ εμένα πολλές φορές με πιάνουν τα κλάμματα όταν τα σκέφτομαι.»

(Περίπτωση 7)

Τα ζευγάρια που δεν μπορούν να αντιληφθούν τις διαφορές στον τρόπο αντιμετώπισης συνήθως παρερμηνεύουν τις αντιδράσεις του συντρόφου τους και αποδίδουν αρνητικές διαστάσεις (Nachtigall et al., 1992). Στην παρούσα μελέτη γίνονται αντιληπτές οι δυσκολίες που εμφανίζονται εξαιτίας των διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης που παρουσιάζουν τα δύο φύλα.

«Σε μένα λέει, έλα εντάξει δεν πειράζει και οι δυο μας να μείνουμε εμένα δεν με πειράζει, δείχνει αρκετά συγκρατημένος, πολύ. Και για να μην λέω ψέματα με ενοχλεί αυτό από εκείνον. Γιατί παντρευόμαστε να κάνουμε και ένα κάποιο παιδάκι, με ενοχλεί που το παίρνει, δεν πειράζει ας είμαστε και οι δυο. Θα ήθελα να είναι και αυτός σαν εμένα, όχι πρέπει να κάνουμε παιδί, τι ωραία θα είναι να έχουμε μπεμπάκι...»

(Περίπτωση 8)

#### **4.5.1.7 Ο εργασιακός παράγοντας**

Οι περισσότερες ερωτώμενες εξέφρασαν τις δυσκολίες που εμφανίζονται στο χώρο εργασίας εξαιτίας της απόφασης τους να ξεκινήσουν εξωσωματική γονιμοποίηση, προκαλώντας πίεση, στρες, έλλειψη κατανόησης και φόβο για την συνέχιση της θεραπείας.

«...Θα με βοηθούσε περισσότερο στη δουλειά αν δεν το ανακοίνωνα, έπρεπε να πω ότι είμαι άρρωστη, ενώ από την αρχή είπα τι κάνω και μου δημιουργούν τόσες δυσκολίες, αυτό με πειράζει, αυτό αυτό...»

(Περίπτωση 2)

«..Όχι όχι, γι αυτό και δεν δουλεύω γιατί πια δουλειά θα με άφηνε κάθε τρεις και λίγο να φεύγω και να πηγαίνω Αθήνα και ο σύζυγος που ερχόταν... εκεί να δεις! Γιατί τότε έπρεπε να αφήνει δουλειές...» «...Κοίταξε, εγώ το έχω βάλει στόχο γι αυτό ήτανε και ο λόγος που δεν έχω πάει και πουθενά για δουλειά, γιατί πριν λίγα χρόνια θα μπορούσα να είχα πάει ...»

(Περίπτωση 7)

(Βλέπε Παράρτημα I, σελ. 98) \*7

#### **4.5.2 Οι αλλαγές στη ζωή των γυναικών με προβλήματα γονιμότητας**

Οι αλλαγές στις ζωές των συμμετεχόντων μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας και με την έναρξη της εξωσωματικής διαδικασίας σημειώθηκαν στη μελέτη και περιλαμβάνουν διάφορους τομείς. Εκφράστηκαν αλλαγές που εμπλέκουν την σχέση τους με τον σύντροφο, με την οικογένεια, καθώς και με το φιλικό τους περιβάλλον. Αλλαγές που βίωσαν στον τομέα της εργασίας, σε σχέση με το σώμα τους και με τον εαυτό τους.

##### **4.5.2.1 Αλλαγές στο άτομο (φυσική κατάσταση, ενδοπροσωπικό επίπεδο και καθημερινότητα)**

Οι συμμετέχουσες αντιλήφθηκαν αλλαγές που περιελάμβαναν εσωτερικές διεργασίες και συναισθήματα. Διέκριναν αυξημένα επίπεδα άγχους σε σχέση με το παρελθόν, υπερβολική ενασχόληση και προστασία με τον εαυτό τους και μια ιδιαίτερη συναισθηματική ευαισθησία για τα παιδιά των άλλων. Η καθημερινή τους ζωή δεν έχει αλλάξει ιδιαίτερα ενώ δεν βιώνουν σημαντικές αλλαγές στο σώμα τους.

Ο υπερβολικός έλεγχος της σωματικής δραστηριότητας θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως απάντηση στο αυξημένο άγχος που βιώνει η παρακάτω περίπτωση και ως ένας μοναδικός τρόπος ελέγχου για την θετική έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης .

«... Απλά προσέχω εγώ πάρα πολύ, ο γιατρός μου έχει πει πως δεν χρειάζεται υπερβολική εε αυτό που κάνω εγώ, αλλά επειδή το θέλω πολύ την φορά που έκανα την πρώτη έλεγα μήπως σκύψω ξέρω εγώ και δεν θα... και καθόμουν στο κρεβάτι όλο το διάστημα εκείνο μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα. Ότι αν κάνω κάτι και κουραστώ δεν θα βγει θετικό το αποτέλεσμα»

(Περίπτωση 3)

Μερικές συμμετέχουσες βιώνουν αλλαγές σε σημαντικά στοιχεία της προσωπικότητά τους.

«...Με την ψυχολογία και όλα αυτά τα σκαμπανεβάσματα που είχα μια αλλαγή σε μένα είναι ότι άφησα κάποια πράγματα να μου τα κάνουν οι άλλοι, άφησα τον άντρα μου να με προσέχει λίγο παραπάνω γιατί πριν ήμουν πολύ τ'χω δεν έχω ανάγκη κανέναν, άρα μου βγήκε σε καλύτερο από ένα σημείο (γελάει έντονα.)

(Περίπτωση 6)

«...βλέπω την ανιψιά μου που είναι τεσσάρων και την βλέπω κάθε μέρα την ανιψιά μου και αισθάνομαι ότι την βλέπω διαφορετικά, γιατί κάθε φορά που την βλέπω αισθάνομαι πολύ γλυκά και θέλω να την αγκαλιάζω να την φιλάω, κάτι που δεν έκανα πριν και καταλαβαίνω την διαφορά πάνω μου που σημαίνει ότι δεν το σκέφτομαι συνειδητά αλλά το αισθάνομαι όταν βλέπω ένα παιδάκι.»

(Περίπτωση 5)

Εμφανίζονται επίσης αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά τους.

«...έχω αρχίσει και βλέπω τον εαυτό μου να αντιδρά διαφορετικά βρε παιδί μου από την στιγμή που ξεκινήσαμε με όλη αυτήν την εξωσωματική, με φαντάζομαι με παιδί, παιδιά, δεν ξέρω ε και με βλέπω να δακρύζω να (γελάει), μου βγαίνουν συναισθήματα δηλαδή έντονα, μάλλον είναι η επιθυμία μου να αποκτήσω ένα παιδί και με κάνει πιο ευαίσθητη.»

(Περίπτωση 5)

«...Απλά υπάρχει νευρικότητα λίγο παραπάνω από μέρους μου, όχι δεν έχουν γίνει αλλαγές ιδιαίτερα, απλά υπήρχαν ε κάποιες εξάρσεις κάποιες φορές, αυτό.»

(Περίπτωση 8)

Ως προς τις πρακτικές αλλαγές της καθημερινότητας τους, αν και το πρόγραμμα τους δεν έχει αλλάξει ιδιαίτερα, παρόλα αυτά παρουσιάζει διαφοροποιήσεις.

«...Οι αλλαγές είναι με την αγωγή που πρέπει να κάνω εε να πάρω την ένεση ας πούμε, αυτό. Μετά συγκεκριμένες παρουσίες στον γιατρό, να δούμε το ωάριο, πως μεγαλώνει πως κάνει για να το γονιμοποιήσουν, παρουσία τακτική στον γιατρό ας πούμε, πέρα από το πρόγραμμα αυτό, να παίρνεις την αγωγή την συγκεκριμένη και να παρακολουθείς κάποια πράγματα. Να προσέχεις να μην κρυώσεις με τις ιώσεις και αυτά, στο σχολείο δεν μπαίνω όταν βρίσκομαι στην φάση, εντάξει έχω και μια διατροφή καλή γιατί μερικές παίρνουν και κιλά...»

(Περίπτωση 2)

«...εγώ στην καθημερινότητα μου αρχίζω λίγο με τις δραστηριότητες είχα την γυμναστική που έκανα, ενημέρωσα ότι τον Γενάρη, θα πρέπει τώρα να σταματήσω.

(Περίπτωση 5)

Αναφέρθηκαν και αλλαγές στην διατροφή αλλά και άλλες γενικότερες αλλαγές στο πρόγραμμα.

«...απλά εγώ είμαι πιο προσεκτική, στην διατροφή μου, καλά μην φανταστείς και πολύ αλλά όχι όχι...»

(Περίπτωση 8)

«...ε πρέπει να βάζω κάποιο πρόγραμμα, να συντονιστούμε και λίγο με τον σύζυγο μου και με το δικό του πρόγραμμα γιατί αυτουνού οι ώρες είναι λίγο αλλόκοτες, σε αυτό το κομμάτι έχει αλλάξει.»

(Περίπτωση 4)

Οι συμμετέχουσες που είχαν στο παρελθόν την εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης αναφέρουν ότι βίωσαν αλλαγές στο σώμα τους την περίοδο της λήψης φαρμάκων και της αναμονής των αποτελεσμάτων.

«..Και με αυτά τα φάρμακα είχα και τάσεις για φαγητό και με έπρηζαν κάποιες φορές, όταν ξεκινάω κάπως τα... βάζω τα κιλά»

(Περίπτωση 7)

#### **4.5.2.2 Οι αλλαγές στον εργασιακό τομέα**

Όλες οι ερωτώμενες υποστηρίζουν ότι η εργασία τους έχει επηρεαστεί ή θα επηρεαστεί στο μέλλον εξαιτίας της απόφασής τους να ξεκινήσουν εξωσωματική. Ακόμα και όσες δεν εργάζονται αναφέρουν πως η απόφαση τους αυτή είναι συνυφασμένη με την εξωσωματική διότι η ανάγκη για προγραμματισμό και ο χρόνος που χρειάζεται να διαθέσουν τις εμποδίζει να εργαστούν.

«...Η δουλειά επηρεάστηκε πάρα πολύ, δεν μπορώ όταν μπαίνω στην διαδικασία να κάνω κινήσεις όπως θα ήθελα, επηρεάζεται η δουλειά μου. Σίγουρα επηρεάζεται...» και παρακάτω «...Τι να σου πω τώρα, δεν το περίμενα, είναι πειστικοί και δεν καταλαβαίνουν σε ποια κατάσταση βρίσκομαι, δεν μπορώ να πάρω εύκολα τις άδειες μου, δεν μπορώ να συνεννοηθώ μαζί τους, είναι σαν να τους κουράζω, σαν να λένε δεν μας ενδιαφέρει εδώ είναι δουλειά, καθόλου κατανόηση, το βλέπεις και σε μερικούς δηλαδή στην προϊστάμενη ότι ξινίζει το πρόσωπο της.»

(Περίπτωση 2)

#### **4.5.2.3 Οι αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον**

Οι περισσότερες συμμετέχουσες, αντιλήφθηκαν πως η οικογένεια τους και ιδιαίτερα οι μητέρες τους άρχισαν να γίνονται πιο προστατευτικές μετά από την διάγνωση της υπογονιμότητάς και με την έναρξη της θεραπείας.

«..Ναι, κάπως θα μπορούσα να πω, εε πώς να το πω, πιο ζεστά; Με τους δικούς μου ιδιαίτερα έχουμε πάρα πολύ καλή σχέση αλλά δεν θέλουν να με στεναχωρήσουν, να με πληγώσουν, με προστατεύουν κάπως περισσότερο και ιδιαίτερα η μητέρα μου»... «Απλά καθημερινά πράγματα, να έρθουν να μας δουν συνέχεια η μητέρα μου, να μας φτιάξει φαγητό, να μας δώσει χρήματα κάπως έτσι.»

(Περίπτωση 3)

(Βλέπε Παράρτημα Ι σελ. 99) \*<sup>8</sup>



#### 4.5.2.4 Οι αλλαγές στη συντροφική σχέση

Παρ' όλες τις δυσκολίες που ανέφεραν οι συμμετέχουσες σε σχέση με τον σύντροφο τους διαπιστώθηκε πως τα προβλήματα γονιμότητας θεωρήθηκαν από τις ίδιες ότι προκάλεσαν την αίσθηση μεγαλύτερου συναισθηματικού δεσίματος.

«...μπορώ να σου πω ότι έχουμε δεθεί ακόμα περισσότερο γιατί ο ένας πονάει τον άλλον, δηλαδή εκεί βλέπεις τον άλλον στα προβλήματα θα δεις τον άνθρωπο σου πόσο σε στηρίζει. Στα δύσκολα καταλαβαίνεις και τους φίλους σου όλους.»

(Περίπτωση 1)

Αναφέρθηκαν αλλαγές που αφορούσαν τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού.

«..Έχουν σταματήσει οι επαφές. Από μεριά μου βασικά, γιατί έχω στο μυαλό μου ότι σε λίγες μέρες θα πρέπει να ξεκινήσω και πως θα το κάνω, γενικότερα σκέφτομαι τόσα άλλα και δεν έχω καθόλου διάθεση, καθόλου»

(Περίπτωση 8)

Ενώ για τον ίδιο λόγο εκφράστηκαν σημάδια κατανόησης από την πλευρά των συζύγων τους.

«...Δεν τον νοιάζει και σε αυτό μπορώ να του βγάλω το καπέλο, μάλλον δεν το νοιάζει ακόμα γιατί λέει είναι η στιγμή, ο χρόνος, της δίνω τον χρόνο της τώρα. Εντάξει δεν είναι και μεγάλο το διάστημα.»

(Περίπτωση 8)

Από την άλλη η εξωσωματική γονιμοποίηση για μερικές συμμετέχουσες είχε θετικό αντίκτυπο στη σεξουαλική δραστηριότητα.

«...μετά που μπήκαμε σε αυτές τις διαδικασίες ξέραμε ότι θα είναι αυτή η διαδικασία για το παιδί, τα άλλα είναι για διασκέδαση. Μη σου πω ότι έφτιαξε κιόλας όλο το τέτοιο μετά (γελάει).

(Περίπτωση 6)

### **4.5.3 Τα συναισθήματα των γυναικών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.**

Η διαδικασία της εξωσωματική φέρνει στην επιφάνεια σκέψεις και συναισθήματα όπως είναι το αίσθημα της απώλειας και του συναισθηματικού ελέγχου, ο θυμός, η αίσθηση αδικίας και μοναξιάς, η θλίψη και ο πόνος, συναισθήματα που βιώνονται σε καταστάσεις πένθους, καθώς και αποδοχή της νέα πραγματικότητας.

«..Νιώθω θλίψη και πόνο... να, περνάω ως πούμε, μπροστά από μια βιτρίνα με ρουχαλάκια, παιχνίδια και λέω εγώ δεν θα μπορέσω ποτέ να πάρω ένα ναι... (δακρύζει). Τέτοιου είδους σκέψεις κάνω...»

(Περίπτωση 3)

Η υπογονιμότητα φάνηκε να προκαλεί έντονα συναισθήματα απώλειας, από την άλλη η εξωσωματική γονιμοποίηση εμφανίζει το συναίσθημα της ελπίδας.

«Μπορώ να σου πω, πως είναι πιο ευχάριστη, απ ότι τα χρόνια που πέρασαν γιατί τώρα προσπαθώ και θα πετύχω κάποια στιγμή, τον προηγούμενο καιρό υπήρχε πολύ απογοήτευση...»

(Περίπτωση 3)

Παρόλα αυτά υπάρχει έντονη η αίσθηση της απώλειας ελέγχου, του φόβου αλλά και της αισιοδοξίας.

«...ε λίγο φόβος για το άγνωστο, για το πώς θα διεξαχθεί όλο αυτό, το πώς θα εξελιχθεί, είμαι βέβαια θετική και αισιόδοξη ότι όλα θα πάνε καλά αλλά είναι και κάτι άγνωστο κάτι που ξεφεύγει από τον έλεγχό μου και δεν μπορώ να προβλέψω τι θα συμβεί, ε με φοβίζει κιόλας το ενδεχόμενο ότι κάτι μπορεί να μην πάει καλά αλλά θέλω να πιστεύω ότι όλα θα πάνε καλά..»

(Περίπτωση 5)

Η κρίση πανικού της παρακάτω συμμετέχουσας εύλογα θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως απάντηση στην ανάγκη για έλεγχο.

«...εκεί που έχω ηρεμήσει ας πούμε, πάω να κάνω τις υπόλοιπες εξετάσεις που μου είχαν μείνει και με ξαναπιάνει κατευθείαν η κρίση και λέω άρα εκεί είναι το πρόβλημα μου γιατί ότι άλλο και να κάνω, όσο να με στεναχωρήσει να με κάνει είμαι κομπλέ ενώ αν ασχοληθώ με εκείνο το θέμα με πιάνει ξανά.»

(Περίπτωση 6)

Η αίσθησης αδικίας και ατυχίας είναι ακόμα εμφανείς.

«...ε αυτό λες κάποια στιγμή γιατί ρε γαμώτο να το κάνω αυτό και άλλες το έχουν τόσο εύκολο, περνάνε και στις σκέψεις σου αυτά τα πράγματα. ...»

(Περίπτωση 8)

Ο χρόνος βοηθάει στη συνειδητοποίηση και αποδοχή της κατάστασης ενώ ταυτόχρονα δημιουργούνται πιο αισιόδοξες σκέψεις.

«...τώρα νιώθω πολύ δυνατή. Θα το παλέψω, δεν είναι και κάτι τόσο σοβαρό.»

(Περίπτωση 1)

Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων εκφράστηκαν τοποθετήσεις που ανέδειξαν συναισθήματα μοναξιάς και αίσθηση μεγαλύτερης ευθύνης σε σχέση με τους συζύγους.

«...Ο άντρας δεν καταλαβαίνει, δεν παίρνει αυτός τα φάρμακα, δεν καταλαβαίνει εεε αυτήν τη στιγμή έχουμε ένα στόχο, εεε αυτήν τη στιγμή η ζωή μας μπαίνει σε πρόγραμμα, δεν το έχει καταλάβει. Τίποτα, δεν έχει καταλάβει τίποτα.»

(Περίπτωση 8)

«..πήγαμε μετά από δυο μήνες πάλι, εγώ μετά έμεινα να εεε ο σύζυγος μου έδωσε το σπέρμα και έφυγε, μετά ενώ εγώ έπρεπε να καθίσω εε 14 μέρες για να δω μετά το αποτέλεσμα...»

(Περίπτωση 3)

Αν και οι συμμετέχουσες εξέφρασαν συχνά την ανάγκη για περισσότερη στήριξη από τους συζύγους, παρόλα αυτά αναφέρθηκαν στην υποστήριξη που δέχονται από εκείνους.

«..Εντάξει και αυτός αγχώνεται όμως, με πρόσεχε, μην κάνεις αυτό μην κάνεις το άλλο, ξέρεις αυτές τις μέρες μέχρι να κάνουμε τις εξετάσεις αίματος και πάλι μετά που έβγαιναν τα αποτελέσματα, μου έλεγε μην στεναχωριέσαι έχει ο Θεός κάτι θα κάνουμε. Κοίτα, αν δεν ήταν κιόλας έτσι, δεν θα συνεχίζαμε τις προσπάθειες, υποστηρικτικός σε όλα. Και στο σπίτι και στο οικονομικό. Αυτό που το πας, αφήνει την δουλειά του, πολλές φορές πρέπει να κλείσει το μαγαζί, χάνουμε και χρήμα χάνουμε και πελατεία...»

(Περίπτωση 7)

Η ίδια συμμετέχουσα αναφέρθηκε στον τρόπο που βιώνει ο σύζυγος της την αποτυχία της εξωσωματικής.

«..έχει ξεφύγει κάποιες στιγμές και άρχισε να πίνει μετά από όλα αυτά, εε ξέρεις αλλά εντάξει. Στεναχωριότανε όταν οι προσπάθειες δεν έπιαναν, εγώ τον καταλάβαινα, εκείνος δεν έλεγε, έλεγε ότι θα κάνουμε θα κάνουμε αλλά μετά πήγαινε, έκανε και την τρελίτσα του (γελάει).»

Με βάση τα παραπάνω εύλογα δημιουργούνται ερωτήματα ως προς τον διαφορετικό τρόπο που βιώνεται η υπογονιμότητα σε σχέση με το φύλο, προκαλώντας συναισθήματα μοναξιάς και έλλειψης κατανόησης. Ακόμα και αν τα συναισθήματα εναλλάσσονται οι ερωτώμενες κατέληγαν σχεδόν πάντα να αισθάνονται ότι επωμίζονται το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης σε σχέση με τους άνδρες άσχετα από τον παράγοντα που προκαλούσε την υπογονιμότητα.

Έγινε επίσης αντιληπτό πως οι ερωτώμενες ενώ στην αρχή παρουσιάζονται ιδιαίτερα αισιόδοξες, μετά τις αποτυχημένες προσπάθειες εμφανίζουν περισσότερη δυσφορία. Στην έρευνα των Καρέλα και Βάρβογλη (2008) το στρες αυξάνεται καθώς οι γυναίκες υποβάλλονται σε πολλαπλές προσπάθειες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

«..Μετά την πρώτη λίγο έπεσα και έκανα πολύ κοντά, σχετικά, την δεύτερη, αλλά μετά την δεύτερη λέω εντάξει, γιατί η πρώτη λες δεν θα πετύχει, πόσο πια τυχερός να είμαι, αλλά στην δεύτερη μετά ήταν και πιο καλές οι συνθήκες πιο καλά, ποιοτικά τα έμβρυα που είχαμε φτιάξει... και τελικά την φάγαμε την πατάτα.» «..και τότε έκανα την πρώτη κρίση πανικού, το καλοκαίρι ένιωθα σαν να έχω μόνιμα μια κρίση άγχους εε με έπιανε

δύσπνοια συνέχεια και επειδή το σκεφτόμουνα και δεν με άφηνε ξέρεις φαύλος κύκλος συνέχεια...»

(Περίπτωση 6)

Οι γυναίκες που βιώνουν ανεπιτυχείς θεραπείες γονιμότητας βιώνουν μια απώλεια και έχουν ανάγκη να πενήσουν. Παρόλα αυτά υφίσταται μια γενική κοινωνική προσδοκία ότι πρέπει να συνεχίσουν τις προσπάθειες. Η αντίληψη αυτή δεν προσδίδει την απαιτούμενη ελευθερία και το χρόνο που χρειάζεται μια γυναίκα για να θρηνησει (Van Ess, 2012). Το συγκεκριμένο μοτίβο φάνηκε να συνάδει στην παρούσα μελέτη.

«..αυτό είναι που μου έχει στοιχήσει πιο πολύ από όλα, απλά δεν άφηνα τον εαυτό μου να το καταλάβει, σκέψου δηλαδή και όταν αποτύγχανα έλεγα θα κλάψω μία μέρα και από την επόμενη θα είμαι κομπλέ και δεν θα ξανακάνω τίποτα, δεν θα ασχοληθώ μέχρι να έρθει η επόμενη, κάπως έτσι και γι αυτό την πάτησα μάλλον και έγινε ότι έγινε.»

(Περίπτωση 6)

#### **4.5.4 Γνωστικές διεργασίες και στρατηγικές αντιμετώπισης**

Οι συμμετέχουσες εξέφρασαν μερικές γνωστικές διεργασίες. Οι διεργασίες αυτές, ανάλογα με τα συναισθήματα που προκαλούν, παρουσιάστηκαν άλλοτε ως βοηθητικές και άλλοτε ως επιβλαβείς. Το δείγμα αναφέρθηκε επίσης σε παράγοντες που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης περιόδου.

##### **4.5.4.1 Γνωστικές διεργασίες**

Συναισθήματα όπως η αβεβαιότητα και ο φόβος φαίνεται να προκαλούνται εξαιτίας των σκέψεων ότι δεν θα συμβεί ποτέ το επιθυμητό αποτέλεσμα.

«...μερικές φορές είναι ότι και άμα δεν πετύχει ποτέ (γελάει) και μείνω χωρίς παιδιά και τέτοια...»

(Περίπτωση 6)

Οι σκέψεις και η εξέλιξη των σκέψεων που κάνουν οι ερωτώμενες εναλλάσσονται από αρνητικές σε θετικές και αντίστροφα.

«...Κοίτα όταν μου μπαίνει στο μυαλό αν δεν κάνω παιδιά, λέω στον εαυτό μου, σταμάτα εκεί και παρ' το αλλιώς γιατί αν με πάρει η λογική του τύπου τι θα γίνει αν δεν κάνω παιδιά, να σηκωθώ να φύγω τι να κάνω, ή μήπως ταλαιπωρηθεί η μήτρα μου και πόσες θα χρειαστεί να κάνω, ε και μετά λέω άστο θα με πάρει από κάτω δεν θα βγάλω τίποτα, το σταματάω λοιπόν από μόνη μου. Ξεκίνα από εδώ και βλέπουμε και κάπως έτσι φεύγω από αυτήν τη σκέψη γιατί αλλιώς μπαίνεις σε έναν λαβύρινθο που δεν τελειώνει ποτέ, δεν σταματάει...»

(Περίπτωση 1)

Εμφανίζεται λοιπόν μια αλληλουχία γνωστικών διεργασιών. Γίνεται μια αρνητική σκέψη, η οποία προκαλεί μια συναισθηματική φόρτιση και στη συνέχεια εμφανίζεται μια άλλη γνωστική διεργασία ίσως πάλι αρνητική ή μια εναλλακτική θετική σκέψη.

«...οι σκέψεις μου είναι, τι θα γίνει, αν θα πετύχει, αν θα πετύχει ποτέ, τι θα κάνω αν δεν καταφέρω ποτέ να γίνω μαμά, ή αν θα πετύχει, θα πάνε όλα καλά, δηλαδή μπαίνω μετά, δεν θέλω να μπω στην διαδικασία, αν θα πετύχει και με πιάσουν εκείνα τα άγχη, γιατί πιστεύω ότι μετά θα είναι, θα πάνε όλα καλά, θα φτάσω ως το τέλος και θα είναι όλα έτσι, θα είναι αλλιώς...»

(Περίπτωση 6)

#### **4.5.4.2 Ιδιοσυγκρασία και εμπειρίες ζωής**

Έγινε επίσης αντιληπτό πως η ιδιοσυγκρασία και οι εμπειρίες της ζωής τους συμβάλουν στον τρόπο διαχείρισης της παρούσας κατάστασης.

«...Άκου να σου πω, εγώ είχα ένα πρόβλημα υγείας, από αυτό θα καταλάβεις και γιατί είμαι τόσο δυνατή σε αυτά, είχα πάθει μυοκαρδίτιδα και έπαθα ανακοπή στην μέση του δρόμου, απλά ήταν δίπλα το νοσοκομείο και γι αυτό έζησα...» «... Και από τότε έχει

αλλάξει όντος η ζωή μου. Τα σκέφτομαι όλα, « ε! εντάξει, και; Δεν πειράζει! Εδώ περάσαμε άλλα και άλλα!» «..γι αυτό εγώ την εξωσωματική την βλέπω κάπως «εντάξει σιγά, τι έγινε τώρα». Κατάλαβες; Παίζει ρόλο. Αν δεν είχα περάσει αυτό θα ήμουν όντος αγχώδης, το πιστεύω γιατί μέχρι τότε, μέχρι να πάθω την ανακοπή ήμουν πού αγχωτικό άτομο..»

(Περίπτωση 8)

«..Και λίγο η ψυχολογία, έτσι και γεμάτο πρόγραμμα έχω, δεν μπορώ να πω ότι δεν το έχω, η ζωή μου είναι γεμάτη, γιατί αν είμαι στο σπίτι και σκέφτομαι όλη την ώρα αυτό, ε ξεχνιέσαι, αν είσαι έτσι δραστήριος και επαγγελματικά, ξεχνιέσαι...»

(Περίπτωση 2)

#### **4.5.4.3 Η άντληση δύναμης από τη θρησκευτική πίστη**

Η θρησκευτική πίστη συμβάλλει στην ενστάλαξη ελπίδας και στην αναζήτηση για εσωτερική δύναμη βοηθώντας το άτομο να ηρεμήσει και να δεχτεί την αδυναμία ελέγχου. Η Van Ess (2012) συμπέρανε ότι ανάμεσα στην πίστη και στην υγεία υπάρχει μεγάλη συσχέτιση. Συγκεκριμένα στη μελέτη της, αρκετές γυναίκες ζητούσαν τη βοήθεια του Θεού και της Παναγίας, καθώς και την παρέμβαση τους κατά τη διάρκεια του αγώνα τους με τη στειρότητα. Θεωρούσαν ότι ο Θεός γνώριζε το όνειρο τους για μια επιτυχή εγκυμοσύνη και ότι εκείνος έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Μερικές τέτοιες διαπιστώσεις εμφανίστηκαν στην παρούσα μελέτη.

«...ποτέ δεν κάνω αρνητικές σκέψεις και πηγαίνω και πολύ στην εκκλησία. Με βοηθάει πάρα πολύ αυτό και δεν θα ξεχάσω τελευταία μια γειτόνισσα που είχε πάει, πήγαινε στην Μυτιλήνη, στον Άγιο Ραφαήλ και μου είχε φέρει μια εικόνα και από τότε που μου την έφερε τον έχω σαν προστάτη μου, πώς να σου πω, λέω, την έχω την εικόνα, την κράτησα και είπα εγώ θα κάνω παιδί και θα βάλω το όνομα σου. Τα βράδια κάποιες φορές, μόνη μου, το λέω. Δηλαδή παίρνω δύναμη από εκεί. Κατάλαβες; Μου δίνει δύναμη γι αυτό δεν πρέπει να τα παρατάμε, να προσπαθούμε, βρίσκεις ένα κάτι, βρίσκεις μια δύναμη και συγκεκριμένα όταν είχα πάει στην Παναγία, πάνω σε ένα μοναστήρι, είναι τόσο ωραία, τόσο ήρεμα που ...εε είχαμε βαφτίσει το ανιψάκι μου,...

και λέω Παναγία μου δώσε και σε μένα ένα, οτιδήποτε και να είναι, γερό παιδί να είναι και να έρθω να το βαφτίσω εδώ και πιστεύω πως θα μου το φέρει, θα μου το στείλει.

(Περίπτωση 7)

#### 4.5.4.4 Ο έλεγχος της κατάστασης

Μια βασική ανάγκη του ανθρώπου είναι η ανάγκη του, να έχει τον έλεγχο μιας κατάστασης. Σε περιόδους κρίσης όπου ο έλεγχος δεν είναι υπαρκτός, το άτομο αισθάνεται φόβο και ανασφάλεια. Η απώλεια του ελέγχου την περίοδο της εξωσωματικής και οι συνέπειες του έχουν αναφερθεί σε πολλές μελέτες (Rubenstein, 1951. Micioni et al., 1987). Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow η ψυχική υγεία του ατόμου εξαρτάται από την ικανοποίηση όλων των αναγκών, μεταξύ άλλων και της ανάγκης για ασφάλεια και προστασία (Maslow, 1970: 56-61). Τα άτομα που βιώνουν την έλλειψη αυτών των αναγκών βιώνουν αντίστοιχα συναισθήματα και ψάχνουν τρόπους για να τις αποκτήσουν.

«..θέλω εε πώς να στο περιγράψω... πρόγραμμα, ρουτίνα, δεν μπορώ τις αλλαγές, τα περίεργα πράγματα και τέτοια.

(Περίπτωση 6)

«..Ε εντάξει το έχω εκεί το μυαλό και σκέφτομαι να κάνω και αυτό και το άλλο, να πάω και στο τάδε γιατρό, να δοκιμάσω και αυτά τα φάρμακα γιατί τώρα θα πάρω διαφορετικά και αν δεν γίνεται και έτσι να δω και μήπως μπορώ να κάνω και κάτι άλλο...»

(Περίπτωση 7)

Έγινε εμφανή η αντίληψη πως η κακή διάθεση είναι επιβλαβής στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης προκαλώντας φόβο σε όλες τις ερωτώμενες. Ερμηνεύοντας αυτήν την κατάσταση γίνεται αντιληπτό πως οι περισσότερες ερωτώμενες προσπαθούσαν να ελέγξουν την ψυχολογία τους και να φανούν περισσότερο αισιόδοξες απ ότι πραγματικά μπορούσαν να είναι.



«..Σκέφτομαι πως ότι και να γίνει δεν πειράζει και αν δεν τα καταφέρω θα πάω και για δεύτερη φορά αλλά θα τα καταφέρω. Κι έχω ακούσει κοπέλες που λένε θεέ μου και δεν θα τα καταφέρω και τέτοια και δεν τα καταφέρνουν, από το άγχος τους..»..«Μαρία, όλα θα πάνε καλά», λέω και την κουβέντα όντως»

(Περίπτωση 8)

(Βλέπε Παράρτημα Ι σελ. 100) \*<sup>9</sup>

Ελάχιστες ήταν οι συμμετέχουσες που εξέφρασαν μια ρεαλιστική στάση απέναντι στο πρόβλημα. Η αναφορά της επόμενης περίπτωσης παρουσιάζει μια τέτοια στάση η οποία όμως φάνηκε να είναι αποτέλεσμα δυο αποτυχημένων προσπαθειών, ίσως ως απάντηση ότι τελικά αυτή η κατάσταση δεν μπορεί να ελεγχθεί.

«..είμαι καλά αλλά δεν είμαι αισιόδοξη βρε παιδί μου, θα πάω να το κάνω και ότι γίνεται, φοβάμαι να σκεφτώ ότι αυτήν τη φορά ότι θα πετύχει. Είμαι πιο προσγειωμένη, δεν μπορώ να πετάξω στα σύννεφα να πω, πω αυτή τη φορά θα πετύχει, θα μείνω έγκυος. Πριν πήγαινα πιο δυναμικά, τώρα λέω θα το κάνω, εάν είναι να τύχει, θα τύχει είτε το χαίρομαι είτε είμαι νορμάλ, οπότε εντάξει..»

(Περίπτωση 6)

Το χιούμορ θεωρείται παράγοντας ανθεκτικότητας, μια ασυνείδητη δύναμη που στοχεύει να μας ανακουφίσει προσωρινά από το δυσβάσταχτο φορτίο κάποιων καταστάσεων. Δύο από τις συμμετέχουσες παρουσίασαν αυτό το μηχανισμό άμυνας είτε γελώντας συνεχώς κατά την διάρκεια της συνέντευξης, περίπτωση 6, είτε διακωμωδώντας επανειλημμένα την κατάσταση, περίπτωση 1. Είναι πιθανόν οι συγκεκριμένες ερωτώμενες να αισθάνονται ότι μπορούν να αποφύγουν τις αρνητικές καταστάσεις αντιμετωπίζοντας'τες με χιούμορ. Οι αρνητικές σκέψεις παρουσιάζονται ως βλαβερές για την επιτυχία της εξωσωματικής.

«..αυτά λίγο με ενοχλούν αλλά μετά το παίρνω και εγώ πολύ στο χαβαλέ. Κάποια φορά πριν μάθω όμως για τις εξετάσεις είχα πει σε κάποιον που με ρωτούσε πως σε παρακαλώ μην με ρωτήσεις άλλη φορά γιατί δεν μπορώ να κάνω παιδιά, χα χα να έβλεπες την φάτσα του. Έτσι με τον χαβαλέ μόνο.» «Νομίζω πως αν είμαι χάλια ψυχολογικά δεν θα κάνω παιδιά.»

(Περίπτωση 1)

#### **4.5.4.5 Αποφόρτιση από το συναίσθημα και απόσπαση προσοχής**

Κάποιες άλλες διαδικασίες που χρησιμοποιούν οι ερωτώμενες για να αποφορτιστούν από τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν ήταν η απόσπαση προσοχής, η υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους, η αποφόρτιση της κατάστασης με δραστηριότητες που ενισχύουν την φυσική κατάσταση και η εκτόνωση με κλάμα.

«Άλλο που κάνω είναι να βγω στον κήπο και να ασχοληθώ με τα λουλούδια. Αυτά! Δεν καθησυχάζω και τόσο τον εαυτό μου. Το αφήνω έτσι από μόνο του, να φύγει.»

(Περίπτωση 4)

«...Συνήθως το τελευταίο διάστημα έχω βρει ένα τρόπο την γυμναστική να εκτονώνομαι, γιατί μερικές φορές το άγχος μου είναι παράλογο, ε και μετά αισθάνομαι λίγο πιο δυνατή για να αντιμετωπίσω ότι με απασχολεί...»

(Περίπτωση 5)

«..φεύγουμε για κάνα διήμερο τριήμερο με τον Κώστα, ε έχω φίλους έξω μιλάμε, παίρνω άτομα που με ευχαριστούν, μου αρέσει να μιλάω πολύ, πάρα πολύ με ανθρώπους που με καταλαβαίνουνε για το θέμα αυτό, την ατυχία, την αποτυχία, δέχομαι παρηγοριά ...»

(Περίπτωση 2)

«..κλαίω κλαίω τελειώνει, φεύγω μετά πάω στις φίλες μου για καφέ..»

(Περίπτωση 7)

(Βλέπε Παράρτημα Ι σελ. 101) \*<sup>10</sup>

#### **4.5.4.6 Εναλλακτικοί τρόποι απόκτησης παιδιών – υιοθεσία**

Η υιοθεσία συχνά παρουσιάζεται ως ένας τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων γονιμότητας που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια. Είναι ένας εναλλακτικός τρόπος απόκτησης παιδιών που ηρεμεί τη γυναίκα με προβλήματα γονιμότητας, δίνοντας της την ευκαιρία να σκεφτεί και άλλες μεθόδους πέραν της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

«...εγώ το σκέφτομαι να το κάνω αν δεν γίνει αλλιώς. δηλαδή σκέφτομαι να κάνω και αυτό, να κάνω και εκείνο, έχω πει και σε κάποιους γιατρούς αν σου τύχει κάτι που μπορεί να μην το θέλουν το παιδί τους, να μην μπορούν να το μεγαλώσουν, να με έχουν στο μυαλό, αλλά δεν έχει γίνει κάτι...»

(Περίπτωση 7)

(Βλέπε Παράρτημα I, σελ. 102) \*<sup>11</sup>

#### **4.5.4.8 Η φύση του προβλήματος και η σύγκριση με άλλες γυναίκες που βιώνουν παρόμοιες δυσκολίες**

Η αιτία της υπογονιμότητας και η σύγκριση με γυναίκες που αντιμετώπισαν δυσκολότερα προβλήματα γονιμότητας, ενώ παρόλα αυτά τα κατάφεραν, καθησυχάζουν και βοηθούν τις περισσότερες συμμετέχουσες να αντιμετωπίσουν την υπογονιμότητα τους.

«..Και ξέρεις είναι και εκεί στις καρέκλες που περιμένουμε όλες έξω όλες και λέμε εσύ τι πρόβλημα έχεις, η μια στην άλλη όλες μου το λένε, έλα εσύ είσαι μια χαρά, είσαι 28 χρόνων και γυναικολογικά άψογα κιόλας ε και δεν έκανα και όλες τις εξετάσεις κάποιες προσπεράστηκαν γιατί είμαι μια χαρά. Αυτό με κάνει να νιώθω καλά, ότι όλα θα πάνε καλά...»

(Περίπτωση 1)

«..και αυτό που επίσης με βοηθάει είναι τα άλλα παραδείγματα με σοβαρά προβλήματα που τα καταφέρανε στο τέλος...»

(Περίπτωση 3)

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνώντας την εμπειρία των γυναικών με προβλήματα γονιμότητας, έγινε αντιληπτό ότι οι συμμετέχουσες μέχρι να αποφασίσουν να εμπλακούν με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης πέρασαν από διάφορα στάδια που προκάλεσαν ψυχική και συναισθηματική δυσφορία. Τα συναισθηματικά στάδια που βίωσαν, περιλαμβάνουν κλονισμό, άρνηση, θυμό, ενοχή, θλίψη και επίλυση του προβλήματος, τα οποία ταυτίζονται με τα στάδια του πένθους που χρησιμοποίησε η Menning, (1980) στη μελέτη της. Η εμφάνιση των σταδίων αυτών παρουσίαζε πορεία κυκλική ανάλογα με την φάση της διαδικασίας στην οποία βρίσκονταν.

Οι συμμετέχουσες αναφέρθηκαν αρχικά στις δυσκολίες που βίωσαν πριν την διάγνωση κατά την περίοδο των προσπαθειών για την επίτευξη εγκυμοσύνης. Η συγκεκριμένη περίοδος χαρακτηρίστηκε ιδιαίτερα δύσκολη καθώς εκφράστηκαν συναισθήματα θλίψης, συμπτώματα κατάθλιψης, αγωνίας, άγχους και έντονης επιθυμίας για μωρό. Ο προγραμματισμός της σεξουαλικής δραστηριότητας, το άγχος και η πίεση που αισθανόταν μείωσε τη σεξουαλική ικανοποίηση. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με πλήθος ερευνών (Domar et al., 1993. Kraft et al., 1980. Cooper, 1999). Η δυσκολία στις προγραμματισμένες συνευρέσεις έχει αναφερθεί και στο The American Society for Reproductive Medicine, 2002 (όπως παρατίθεται στις Καρέλα και Βάρβογλη, 2008) και στην Burns (2002).

Την ίδια περίοδο βιώθηκαν συναισθήματα μοναξιάς καθώς αισθάνονταν αβοήθητες, η χρήση διαδικτύου χρησιμοποιήθηκε για αυτό το σκοπό ενώ κάλυπτε ταυτόχρονα την ανάγκη τους για ενημέρωση, για απαντήσεις σχετικές και για μοίρασμα εμπειριών. Μέχρι να επιτευχθεί η ιατρική διάγνωση χρειάστηκε χρόνος και

μια σειρά εξετάσεων συχνά αρκετά επώδυνων, προκαλώντας εκτός από ψυχική δυσφορία πολλές φορές και έντονο σωματικό πόνο.

Με την ιατρική διάγνωση της υπογονιμότητας ένας νέος κύκλος αντιδράσεων εμφανίζεται ξανά με στοιχεία άρνησης, θυμού, αίσθηση αδικίας και απαισιοδοξίας. Συνηθισμένα συναισθήματα είναι η ανασφάλεια, το γκρέμισμα ονείρων, η αίσθηση της απώλειας καθώς και οι αλλαγές στη συμπεριφορά. Σιγά σιγά συνειδητοποιώντας την κατάσταση το αρχικό σοκ υποχωρεί και οι περισσότερες συμμετέχουσες άρχισαν να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα. Τα ίδια συναισθήματα που θυμίζουν τη διαδικασία πένθους βρέθηκαν και σε αντίστοιχες έρευνες των Dunkel - Schetter, (1991) και Spencer, (1987) καθώς και στις μελέτες των Mahlstedt (1985) και Matsubayashi et al. (2001). Οι Unruh και McGrath (1985) δεν συμερίζονται την ταύτιση του μοντέλου του πένθους με την υπογονιμότητα διότι το πένθος κάποια στιγμή τελειώνει, ενώ ο πόνος που προκαλεί η υπογονιμότητα μπορεί να υφίστανται ακόμα και μετά την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Οι απώλειες που βιώνονται από τις συμμετέχουσες της μελέτης δεν αναφέρονται μόνο στην πιθανότητα της μη απόκτησης φυσικού τέκνου αλλά και στην απώλεια του ονείρου για δημιουργία παιδιών χωρίς την βοήθεια της επιστήμης, στον επηρεασμό της εικόνας του σώματος, στις επιβαρυντικές επιδράσεις στην εργασία και στις σημαντικές σχέσεις, πολλές φορές ακόμα και στην απώλεια της σεξουαλικής ικανοποίησης. Η Menning (1980) αναφέρθηκε στις απώλειες που βιώνουν οι υπογόνιμοι ασθενείς τονίζοντας την προβλεψιμότητα των αντιδράσεων τους. Οι απώλειες φάνηκαν να προκαλούν περισσότερη ανασφάλεια, μείωση της αίσθησης ελέγχου που με τη σειρά τους αυξάνουν το άγχος και τη δυσφορία. Στη μελέτη των Ευθυμίου και Περδικάρη (2013) παρουσιάζονται αναλυτικά οι απώλειες που βιώνουν οι γυναίκες με υπογονιμότητα και τα ευρήματα τους συμπίπτουν με την παρούσα μελέτη. Οι ίδιοι αναφέρουν πως η απώλεια της ασφάλειας περιλαμβάνει εκτός των άλλων και την οικονομική ανασφάλεια που εμφανίζεται με την διάγνωση της υπογονιμότητας καθώς η θεραπεία κοστίζει και προκαλεί απουσίες από την εργασία. Στη μελέτη των Domar et al. (1993) προκύπτουν ευρήματα που δείχνουν πως οι ψυχολογικές καταστάσεις που βιώνονται στην υπογονιμότητα σχετίζονται με άλλες σοβαρές ιατρικές καταστάσεις όπως ο καρκίνος, η καρδιακή ανεπάρκεια κ.α.

Η πηγή της υπογονιμότητας είναι ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την εμπειρία της περιόδου αυτής. Το άτομο που διαγιγνώσκεται με υπογονιμότητα αντιμετωπίζει συναισθήματα ενοχής και κατωτερότητας. Αν και τα συναισθήματα ενοχής βιώνονται σχετικά από τα δυο μέλη του ζευγαριού, είναι σύνηθες να είναι μεγαλύτερη η ενοχή που αισθάνεται ο μη γόνιμος σύντροφος. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο Frank (1984). Όταν δεν διευκρινίζεται η φύση της υπογονιμότητας, έγινε αντιληπτό στην παρούσα μελέτη, η ανάγκη για απόδοση ευθύνης στο σύντροφο, ενώ ήταν ιδιαίτερα φανερή η επιθυμία των γυναικών να βρεθεί η αιτία της. Επίσης διαπιστώθηκε ότι προκαλούσε φόβο και ανασφάλεια στις συμμετέχουσες η υπογονιμότητα που αποδίδονταν σε ψυχολογικά αίτια. Σύμφωνα με την έρευνα των Verhaak et al. (2007) η ανεξήγητη υπογονιμότητα δημιουργεί περισσότερη δυσφορία στο ζευγάρι από ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης.

Ως προς τη συζυγική σχέση, οι περισσότερες συμμετέχουσες για την συγκεκριμένη περίοδο εξέφρασαν συναισθήματα ικανοποίησης από τους συζύγους τους, ενώ την ίδια στιγμή σε πολλές περιπτώσεις γίνονταν αναφορές που φανέρωναν μια αίσθηση μοναξιάς και προσωπικής ευθύνης με την διαδικασία. Στις μελέτες των Daniluk 2001, Schmidt et al. 2005, Sydsjö et al. 2005 (όπως αναφέρεται στους Paschand & Christensen, 2000) και Hjelmstedt et al. (1999) υποδηλώνεται για την υπογονιμότητα ότι δεν οδηγεί σε σεξουαλικά προβλήματα ή προβλήματα στη σχέση. Από την άλλη υφίστανται έρευνες που υποστηρίζουν ότι η υπογονιμότητα έχει επιβλαβή αντίκτυπο στις συζυγικές σχέσεις (Wirtberg et al. 2007).

Όσον αφορά στη λήψη της απόφασης για χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαπιστώθηκε ότι στην πλειονότητά των γυναικών υπήρχε μια ισχυρή επιθυμία απόκτησης παιδιού. Αναφέρθηκαν ενδοπροσωπικά και κοινωνικά κίνητρα με τα πρώτα να καταλαμβάνουν σημαντική θέση. Στην έρευνα των van Balen και Trimbos - Kemper, (1995) όπου εξετάζονταν τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών η ευτυχία και η ευημερία ήταν τα πιο σημαντικά κίνητρα ενώ οι κοινωνικοί λόγοι ήταν λιγότερο σημαντικοί. Σε μια αντίστοιχη μελέτη διαπιστώθηκε πως τα παιδιά αποτελούν προσωπική ολοκλήρωση και ικανοποίηση. Μέσω των παιδιών οι υποψήφιοι γονείς πιστεύουν πως θα ολοκληρωθούν ως άνθρωποι, επιπλέον επιθυμούσαν να προσφέρουν στα παιδιά τους υλικά αγαθά που εκείνοι δεν είχαν, ενώ τέλος αναφέρθηκαν στο καθήκον προς τις απαιτήσεις που ορίζει η κοινωνία για απόκτηση τέκνων (Turner et

al., 1993). Η επιδίωξη απόκτησης παιδιών σύμφωνα με τις Burns και Covington (2006) είναι μια ανάγκη είτε βιολογική, είτε κοινωνική, είτε ψυχολογική. Μερικοί κοινωνικοί λόγοι αφορούν το κοινωνικό καθήκον να προσφέρει κανείς εγγόνια στους γονείς του, να διαιωίσει την οικογένειά του αναφέρει η Delaisi de Parseval, (όπως παρατίθεται στην Παπαληγούρα και λοιποί, 2013). Έτσι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ταυτίζονται με την υπάρχουσα βιβλιογραφία αφού υπήρχαν αναφορές σε θέματα που αφορούσαν τόσο κοινωνικούς όσο και προσωπικούς λόγους, ενώ οι τελευταίοι καταλαμβάνουν τις περισσότερες αναφορές. Οι προσωπικοί λόγοι περιλάμβαναν μεταξύ άλλων, την ηλικία ως βιολογικός παράγοντας και την επιθυμία με σκοπό να αισθανθούν ολοκληρωμένες προσωπικότητες. Τα συγκεκριμένα κίνητρα αναφέρονται και στη μελέτη των Παπαληγούρα και άλλων (2013) όπου ο ηλικιακός παράγοντας καθώς και η εικόνα εαυτού συντελούσαν στην επιθυμία των γυναικών για απόκτηση τέκνων.

Οι περισσότερες συμμετέχουσες αντιμετωπίζουν με υπομονή και επιμονή τις χρονοβόρες διαδικασίες, και το πλήθος επεμβατικών ιατρικών διαδικασιών για την διάγνωση ενισχύοντας το πείσμα και την επιθυμία τους να γίνουν μητέρες. Οι van Balen & Trimpos - Kemper, (1995) διαπίστωσαν πως από τη μία οι δυσκολίες που βιώνουν οι γυναίκες με υπογονιμότητα προκαλούν αμφιβολίες σχετικά με την επιθυμία τους να γίνουν μητέρες, ενώ από την άλλη οι δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν ως προς αυτόν τον στόχο ισχυροποιούν τα κίνητρα τους για την απόκτηση παιδιού.

Στην παρούσα έρευνα στοιχεία επίδρασης και επιρροής της ελληνικής κοινωνίας στην τεκνοποίηση έγιναν αντιληπτά με αναφορές που σημειώθηκαν. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Παπαλιγούρα και Παραγούνος (1996), οι οποίοι διαπίστωσαν πως η βαθιά ριζωμένη κοινωνική αντίληψη της ελληνικής κουλτούρας στην απόκτηση παιδιών δημιουργεί συχνά λόγους στοχοποίησης και στιγματισμού των έγγαμων ζευγαριών που δεν έχουν τεκνοποιήσει .

Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό διατυπώθηκε η ανάγκη του δείγματος για ψυχοκοινωνική φροντίδα. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να γίνει βοηθητικό όταν οι συμμετέχουσες αισθάνονται εμπιστοσύνη και ασφάλεια τόσο με εκείνο όσο και με την κλινική που θα επιλέξουν, καθώς η συγκεκριμένη επιλογή προκαλεί συνήθως ανησυχία και στρες. Το οικονομικό κόστος προκαλεί πίεση ενώ η φαρμακευτική αγωγή

δημιουργεί ανησυχίες σε όλες τις συμμετέχουσες. Η συναισθηματική επιφόρτιση των γυναικών στους συγκεκριμένους δυσμενείς παράγοντες της εξωσωματικής έχουν διατυπωθεί σε πλήθος ερευνών (Ευθυμίου και Περδικάρη, 2013. Peddie, et al., 2005. Ρούπα και λοιποί, 2009), ενώ στην ESHRE (2015) η παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας απ' το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει κριθεί απαραίτητη.

Η πρόοδος της βιοϊατρικής επιστήμης προκαλεί ευχάριστα συναισθήματα πίστης και αισιοδοξίας ενώ η δυνατότητα προεμφυτευτικής διάγνωσης, σε περιπτώσεις βεβαρημένου ιστορικού των γονέων, είναι ένας από τους παράγοντες που συντέλεσε στην απόφαση μιας συμμετέχουσας να επιλέξει τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Γενικότερα, αν και υπήρξαν αμφιταλαντεύσεις σε βιοηθικά ζητήματα, οι περισσότερες ερωτώμενες έδειξαν να έχουν μια θετική στάση στην εξέλιξη της επιστήμης και στις τεχνικές που έχει αναπτύξει ως προς την επιλεκτική κύηση. Τα διλλήματα που εξέφρασαν για το κατά πόσο θα πρέπει ο άνθρωπος να παρεμβαίνει στη φύση, έχουν διατυπωθεί και στην υπάρχουσα βιβλιογραφία (Burns & LeRoy 2002).

Ο σύζυγος αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον διαπιστώθηκε πως επιδρά στην εμπειρία της απόφασης για θεραπεία. Οι σύζυγοι αν και θέλουν πολύ να αποκτήσουν παιδί φαίνεται να διστάζουν να εμπλακούν με τη διαδικασία. Στη μελέτη των Pasch και Christensen (2000) αναφέρεται ότι οι γυναίκες δέχονται την εξωσωματική πιο εύκολα σε σχέση με τους άνδρες.

Η απόφαση για εξωσωματική λοιπόν, πραγματοποιείται μέσα από μια πολύπλοκη διαδικασία λαμβάνοντας υπόψη σημαντικούς παράγοντες. Όλη αυτή η διαδικασία βιώνεται με ποικίλα συναισθήματα και σκέψεις τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν ανάλογες συμπεριφορές. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και η Παπαληγούρα και λοιποί (2013) σε έρευνα που διεξήγαγαν για την επιθυμία απόκτησης παιδιού.

Ως προς τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη λήψη απόφασης για εξωσωματική γονιμοποίηση οι απαντήσεις που καταγράφηκαν περιλάμβαναν τις παρενέργειες λόγω της θεραπείας, τους οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες καθώς και τις απόψεις των σημαντικών άλλων. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και ειπώθηκαν στην έρευνα των Ρούπα και άλλων (2009). Οι πιθανότητες αποτυχίας, το οικονομικό κόστος καθώς και η φαρμακευτική αγωγή προσθέτουν άγχος και



δυσφορία στις γυναίκες σε όλες τις φάσεις της θεραπείας. Οι Kee et al. (2000) υποστήριξαν ότι το στρες που βιώνουν τα υπογονίμα άτομα σχετίζεται σημαντικά με το κόστος της ιατρικής θεραπείας.

Στην παρούσα μελέτη η υπογονιμότητα παρουσιάζεται ως μια δύσκολη κατάσταση εξαιτίας του φόβου της μη απόκτησης τέκνου, αλλά πολλές φορές η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης παρουσιάζεται δυσκολότερη. Οι παράγοντες που φαίνονται να συμβάλουν σε αυτό είναι η φύση της θεραπείας που περιλαμβάνει πολύπλοκες, μερικές φορές επώδυνες και άγνωστες διαδικασίες με χρονική διάρκεια, χωρίς τη βεβαιότητα της επιτυχούς έκβαση της, προκαλώντας έλλειψη ελέγχου. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια πολύπλοκη, χρονοβόρα και αγχωτική διαδικασία που προκαλεί συναισθήματα αγωνίας και φόβου (Schmidt, 2006. Verberg et al, 2008. Brandes et al, 2009. Boivin et al, 2011), ενώ οι Dunkel - Schetter και Lobel (1991) αναφέρουν πως ο συναισθηματικός αντίκτυπος της υπογονιμότητας είναι πιο έντονος απ' ότι η αίσθηση έλλειψης ελέγχου.

Όσον αφορά την απόφαση για το τέλος της θεραπείας αναδύθηκαν προβληματισμοί από την πλευρά ορισμένων συμμετεχόντων. Οι Throsby και Gill (2004) αναφέρουν πως είναι μια επιπλέον συνθήκη που προκαλεί άγχος αφού ορίζει το τέλος της απόκτησης φυσικού τέκνου και προδιαθέτει αποδοχή στην πραγματικότητα.

Η περίοδος της υπογονιμότητας χαρακτηρίζεται στη μελέτη από μεγάλο βαθμό ανασφάλειας. Είναι εύλογο να κατανοήσουμε πως αυτή η σημαντική ανθρώπινη ανάγκη χρήζει, σε περιόδους κρίσης, να καλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο. Η πρακτική βοήθεια μέσω οικονομικών πόρων από τους οικείους, η συναισθηματική υποστήριξη και συμπαράσταση συχνά έγιναν αποδεκτές με θετικό τρόπο. Οι Di Matteo και Martin (2006) υποστηρίζουν πως η κοινωνική στήριξη συμβάλλει στη μείωση του άγχους γιατί τα άτομα που την παρέχουν βοηθούν το άτομο με πολλούς τρόπους. Η υποστήριξη με χρήματα και άλλα υλικά μέσα, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην αίσθηση συμπαράστασης. Επιπλέον η στήριξη μπορεί να εκδηλωθεί με την παροχή πληροφοριών και υποδείξεων στρατηγικών αντιμετώπισης για τα θέματα που προβληματίζουν και με συναισθηματική προστασία, προσφέροντας θάρρος, ασφάλεια και αγάπη στο άτομο που την δέχεται.

Στην παρούσα μελέτη επιπλέον βρέθηκε, ότι οι συμμετέχουσες δυσκολεύονται από την υπερπροστασία και πίεση που λαμβάνουν από το κοινωνικό περιβάλλον, ενώ χρήζουν ανάγκης ενός περιβάλλοντος που να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες τους. Υποστηρίζουν πως αυτήν την ανάγκη μπορούν να την καλύψουν άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. Σημαντική θέση καταλαμβάνουν για αυτό το σκοπό οι κοινωνικές επαφές με τη χρήση διαδικτύου. Το διαδίκτυο είναι ένα εύκολο μέσο συναναστροφής με άτομα που έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Στη μελέτη της Γουρουντή (2011) η ικανοποίηση μέσω κοινωνικής υποστήριξης δεν φαίνεται να ενδιαφέρει ιδιαίτερα τις υπογόνιμες γυναίκες ίσως γιατί η ελληνική κοινωνία ασκεί πίεση στις γυναίκες για την απόκτηση παιδιού.

Παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχουσες επιθυμούσαν από το ιατρικό προσωπικό την αίσθηση ασφάλειας, τη σύνδεση μεταξύ τους, την παροχή πληροφοριών για την διαδικασία και την ενθάρρυνση για τη θετική έκβαση της θεραπείας. Διαπιστώθηκε λοιπόν, η ανάγκη για μια πλήρη προσέγγιση της θεραπείας από το προσωπικό που είναι υπεύθυνο για αυτήν. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της ESHRE (2015) για να εξασφαλιστεί η υγιής εμπειρία της υπογονιμότητας απαιτείται, πέραν της δημιουργίας των αποτελεσματικότερων μεθόδων θεραπείας για την επίτευξη της μητρότητας, η υποστήριξη των ασθενών στη διαχείριση των επιπτώσεων της υπογονιμότητας και της θεραπείας της. Προτείνεται λοιπόν μια ολιστική προσέγγιση θεραπείας με ψυχοκοινωνική φροντίδα στον ασθενή.

Η υπερβολική ενασχόληση των συμμετεχόντων με τη διαδικασία της εξωσωματικής και με την επιτυχή κατάληξη της, η συλλογή πληροφοριών με κάθε τρόπο για τη διαδικασία, οι αλλαγές στην καθημερινότητα των γυναικών, αλλά και η γενικότερη αισιόδοξη στάση απέναντι στο πρόβλημα συνδέθηκαν με το μοναδικό τρόπο να ελέγχουν οι ίδιες τη συγκεκριμένη στρεσογόνο περίοδο της ζωής τους. Σύμφωνα με τη θεωρία των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας των Leventhal et al. (1980, 1985) η έννοια του ελέγχου είναι μια από τις διαστάσεις της γνωστικής διεργασίας της ασθένειας. Ο έλεγχος είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης που περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου με σκοπό τη μείωση του στρες όπως την αλλαγή συμπεριφοράς, τη συλλογή πληροφοριών κ.α., ενώ ο έλεγχος ως γνωστική διεργασία περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των προσωπικών ικανοτήτων και διαθέσιμων δυνατοτήτων του ατόμου ώστε να επηρεάσει το αποτέλεσμα (Leventhal et al., 1980, 1985). Όταν το άτομο θεωρεί ή αντιλαμβάνεται πως έχει τον έλεγχο στο

περιβάλλον του, το στρες μειώνεται, ενώ όταν υφίστανται το αντίθετο το στρες αυξάνεται (Averill, 1973, Mirowsky & Ross, 1990).

Ένα άλλο επαναλαμβανόμενο θέμα που εμφανίστηκε στην μελέτη ήταν τα συναισθήματα ανυπομονησίας που ήταν έντονα σε όλες τις συμμετέχουσες. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η ανησυχία και η ανυπομονησία είναι αποτέλεσμα του άγχους που αισθάνονται οι γυναίκες με υπογονιμότητα (Bell, 1981. Berg & Wilson, 1990).

Η εξωσωματική ήταν συνήθως για τις συμμετέχουσες μια μοναχική διαδικασία που άλλοτε αισθάνονταν τη συμπαράσταση των συντρόφων τους και των σημαντικών άλλων και άλλοτε παρουσιάζονταν εντελώς μόνες έχοντας την ευθύνη όλης της διαδικασίας. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι γυναίκες με προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζονται να ανησυχούν περισσότερο και αναλαμβάνουν πιο ενεργά την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων από τους άντρες (Newton et al., 1990).

Στην παρούσα μελέτη έγινε αντιληπτό πως η υπογονιμότητα βιώνεται διαφορετικά σε σχέση με το φύλο προκαλώντας συναισθηματικές αναταράξεις και αίσθηση μοναξιάς. Πλήθος ερευνών έχουν παρατηρήσει σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα ως προς τον τρόπο διαχείρισης του προβλήματος της υπογονιμότητας (Ziebe & Devroey 2008, Rashidi et al., 2008). Στη μελέτη του Mahlstedt (1985), εξετάζοντας τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στο ζευγάρι σε σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισης των δυο φύλων, υποστήριξε ότι το ζευγάρι επηρεάζεται με διαφορετικό τρόπο και πως αν και η ένταση στην απελπισία που αισθάνονται είναι ίδια, η διαφορά έγκειται ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης ο οποίος αλλάζει ανάλογα με το φύλο. Έτσι οι άνδρες συχνά εσωτερικεύουν τον πόνο τους, δεν τον μοιράζονται με την σύντροφο τους, ενώ ο στόχος τους είναι να φροντίσουν τις γυναίκες τους. Οι γυναίκες από την άλλη εξωτερικεύουν τα συναισθήματα μιλώντας συνεχώς στους συζύγους τους για τη λύπη και το άγχος που βιώνουν. Εκείνοι μετέπειτα αισθάνονται αδυναμία και ανικανότητα να τις βοηθήσουν ώστε λίγο αργότερα να σταματούν τις προσπάθειες. Αυτό προκαλεί στις γυναίκες την εντύπωση ότι οι σύζυγοι αδιαφορούν και εκνευρίζονται μαζί τους, ενώ οι άντρες μη μπορώντας να διαχειριστούν τις κατηγορίες εγκαταλείπουν εντελώς τις προσπάθειες προκαλώντας μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Σε άλλη έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν πως συχνά τα ζευγάρια βιώνουν την

υπογονιμότητα ως κρίση για την μεταξύ τους σχέση, απομονώνονται και πιστεύουν πως ο άλλος δεν τους καταλαβαίνει (Cooper -Hilbert, 1999).

Οι συμμετέχουσες αναφέρθηκαν επίσης στα κοινά σχέδια που είχαν πραγματοποιήσει με τους συντρόφους τους και που κινδυνεύουν πλέον να χαθούν εξαιτίας της πιθανότητας μη απόκτησης τέκνων. Αντίστοιχες έρευνες διαπιστώνουν πως το ζευγάρι μπορεί να αισθανθεί θλίψη για τις εμπειρίες της ζωής που είχε σχεδιάσει και ίσως να μην έχει ποτέ (Cooper -Hilbert, 1999).

Στην παρούσα μελέτη από τη μια έγινε αναφορά στις δυσκολίες που παρουσιάζονται στη συζυγική σχέση την περίοδο που μελετάται και από την άλλη η υπογονιμότητα βιώθηκε ως μια διαδικασία που προκάλεσε εντέλει μια πιο στενή σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι. Οι περισσότερες συμμετέχουσες βιώνουν την υπογονιμότητα και την εξωσωματική γονιμοποίηση διαφορετικά απ'ότι αντιλαμβάνονται ότι την βιώνουν οι σύντροφοι τους, ενώ αισθάνονται να επωμίζονται το μεγαλύτερο κομμάτι της ευθύνης και της συμμετοχής στην διαδικασία. Αρκετές είναι οι έρευνες που εμφανίζουν την υπογονιμότητα ως μια συνθήκη που προκαλεί δυσφορία στο ζευγάρι. Παρόλα αυτά υπάρχουν σημαντικές μελέτες που υποστηρίζουν πως παρόλη τη δυσκολία, το ζευγάρι νιώθει να βγαίνει κερδισμένο από τη διαδικασία της εξωσωματικής, βιώνοντας την ως μια δυσκολία που τους φέρνει τελικά πιο κοντά (Greil, 1991a, 1997), ενώ σύμφωνα με τους Lalos et. al., (1985) αν και υφίστανται αλλαγές στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών η γενικότερη συζυγική ικανοποίηση παραμένει αμετάβλητη.

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης συμπίπτουν με ευρήματα προηγούμενων ερευνών που υποστηρίζουν πως η υπογονιμότητα καθώς και οι μορφές θεραπείας της έχουν επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ζωή των ατόμων προκαλώντας συναισθηματικές αναταραχές και αλλαγές σε όλα τα επίπεδα ζωής (Verhaak, et al., 2007a. Knoll et al., 2009. Karatas et al., 2011). Επίσης οι παράγοντες που αναδύθηκαν και μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα αναφέρονται από τους Kagami και άλλους (2012) ως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία της υπογονιμότητας και οι οποίοι περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, αλλά και την κοινωνικής υποστήριξης.

Η υπογονιμότητα προκαλεί απώλειες στη ζωή του ατόμου αλλά η θεραπεία της προκαλεί πολλές φορές δυσφορία εξαιτίας της φύσης της και του ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου που έχει η υπογονιμότητα. Με βάση τα παραπάνω εύλογα προκαλούνται ερωτήματα για το αν η θεραπεία προκαλεί περισσότερο στρες από την ίδια την υπογονιμότητα.

Οι ασθενείς με προβλήματα γονιμότητας έχουν αυξημένη ανάγκη για έλεγχο της ζωής τους και είναι σημαντικό οι εμπλεκόμενοι φορείς να συνδράμουν στην επίτευξη του όσο το δυνατόν περισσότερο. Γίνεται αντιληπτό μεταξύ άλλων, πως είναι αναγκαίο ο σύμβουλος υπογονιμότητας να είναι πολιτισμικά ενήμερος και να παρέχει πληροφορίες ώστε να καλύπτει την ανάγκη για έλεγχο. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν και οι Burns και Convigton (2006) επιβεβαιώνοντας την ανάγκη για πολιτισμικότητα του συμβούλου καθώς αυτό ενισχύει η θεραπευτική συμμαχία και δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για μια αποτελεσματική παρέμβαση και υποστήριξη. Ως προς την ανάγκη ελέγχου η Γουρουντή (2011) υποστηρίζει πως οι σύμβουλοι και το προσωπικό που ασχολείται με την θεραπεία της υπογονιμότητας οφείλουν να δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις δίνοντας πληροφορίες και μέσα με σκοπό την αίσθηση ασφάλειας και ελέγχου στο μεγαλύτερο δυνατό.

## **6. Περιορισμοί έρευνας και μελλοντικές κατευθύνσεις**

Εφόσον η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιείται με τις αρχές που διέπουν μια ποιοτική έρευνα η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία αλλά σκόπιμη. Οι γυναίκες αναζητήθηκαν μέσω ιδιωτικών ιατρείων και κλινικών γονιμότητας (δημόσιες και ιδιωτικές), από διάφορες περιοχές τις Ελλάδας. Το δείγμα ήταν κατάλληλο, δηλαδή είχε τα στοιχεία εκείνα που ο ποιοτικός ερευνητής ήθελε να ερευνήσει (Μαντζούκας, 2007). Ένας περιορισμός της μελέτης όμως θα μπορούσε να θεωρηθεί το μέγεθος του δείγματος που πιθανόν να μην ήταν απόλυτα ικανοποιητικό ενώ σε περίπτωση που ήταν μεγαλύτερο θα αναδεικνύονταν πιο ξεκάθαρα κάποιες από τις παραμέτρους που φάνηκαν ή θα προέκυπταν κι άλλοι. Ακόμη μεθοδολογικός έωλος θα μπορούσε να θεωρηθεί το γεγονός ότι οι απαντήσεις δόθηκαν από δείγμα που έχει ήδη επιλέξει ως μέθοδο τεκνοποίησης την εξωσωματική γονιμοποίηση χωρίς να δίνεται η δυνατότητα να μελετηθούν οι συνθήκες που απορρίπτουν αυτήν την επιλογή.

Αναφορικά με την επιλογή του δείγματος η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε την περίοδο πριν την λήψη των φαρμάκων και της εμβρυομεταφοράς. Η απόφαση αυτή ήρθε ως αποτέλεσμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που προηγήθηκε, αφού σύμφωνα με τις μελέτες των Mahazan et al., (2010) και Williams et al., (2007) τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλότερα κατά την διάρκεια της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς ενώ ήταν χαμηλότερα κατά την έναρξη της θεραπείας. Έτσι λοιπόν, για την αντικειμενικότητα της έρευνας κρίθηκε αναγκαίο η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των υπογόνιμων γυναικών να υφίσταται την δεδομένη περίοδο ώστε να μην επηρεάζονται από άλλους παράγοντες (φαρμακευτική αγωγή κ.α.). Θα μπορούσε όμως η συγκεκριμένη επιλογή να είναι ένας περιορισμός της έρευνας διότι θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί το δείγμα και μετά από μια διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Επιπλέον το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείτο μόνο από γυναίκες χωρίς να δίνεται η δυνατότητα να διερευνηθούν τα κίνητρα των συζύγων ενώ κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση μελέτης για το πώς βιώνεται η υπογονιμότητα και από τα δύο μέρη.

Επιπλέον η παρούσα έρευνα μελετάει ελληνίδες γυναίκες που ανήκουν στον δυτικό πολιτισμό. Σύμφωνα με την μελέτη των Sandelowski et al.(1989) ο δυτικός πολιτισμός εύκολα δέχεται τις διάφορες μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε αντίθεση με άλλους πολιτισμούς που η έλλειψη οικειότητας καθώς και η πολιτισμική τους αντίληψη ενδεχομένως να προκαλούν περισσότερη δυσφορία αποφεύγοντας τελικά αυτές τις μεθόδους. Θα είχε λοιπόν ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διεξαγωγή μελέτης σε πληθυσμό διαφορετικών πολιτισμών που διαμένει στον ελλαδικό χώρο.

Θα ήταν χρήσιμο να επισημάνουμε κάποια ερωτήματα προς διερεύνηση που εγείρει η παρούσα μελέτη. Ποιά είναι τα συναισθήματα των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, ποια είναι τα συναισθήματα των γυναικών που δεν θα επιτύχουν τελικά να γεννήσουν ένα παιδί και πως διαμορφώνεται η συζυγική σχέση μετά από ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Βενετίκου, Μ.Σ., Σκυλοδήμου, Σ., Κοσμά, Φ. (2009). Η υπογονιμότητα και οι κυριότερες αιτίες της. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 17, 58-64.

Γουρνή, Μ., Πολυκανδριώτη, Μ., Μπαμπάτσικου, Φ., Γουρνή, Π., Φάρος, Ε., Ρούπα, Ζ. (2009). *Διερεύνηση των αιτιών ανδρικής υπο-γονιμότητας*. Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8ος, Τεύχος 3<sup>ο</sup>

Γουρουντή, Κ. (2011). *Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση και προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας*. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα.

Ευθυμίου, Κ., Περδικάρη, Ε. (2013). Υπογονιμότητα: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, συναισθηματική Προσαρμογή και Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής*, τόμος 12, τεύχος 1, σελ. 15-24

Ιωσιφίδης, Θ. (2003). *Εισαγωγή στην Ανάλυση Δεδομένου Ποιοτικής Κοινωνικής Έρευνας*, Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Καλογερόπουλος, Α.Χ. (1997). *Υπογονιμότητα στη γυναίκα. Ανθρώπινη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη*, 40 - 50.

Καρέλα, Χ., & Βάρβογλη, Λ. (2008). *Γυναικεία υπογονιμότητα και στρες. Η επίδραση του στρες από την υπογονιμότητα στην αυτοαντίληψη, στη συζυγική σχέση και εγγύτητα, στις επαφές με τους οικείους και στη σεξουαλική ζωή. Θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας*. Τόμος 4. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας.

Κρεατσάς, Γ. (1998), *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Λαϊνάς, Τ.Γ. (2002). *Επιδημιολογία και διαγνωστική προσέγγιση του υπογόνιμου ζευγαριού. Μονάδα Μελέτης και Θεραπείας της Υπογονιμότητας*. Αθήνα, Ιατρική Έρευνα Α.Ε.

Μαντζούκας, Σ. (1999). Φαινομενολογία και νοσηλευτική έρευνα. *Νοσηλευτική*, 38 (2), 129-134.

Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση, *Νοσηλευτική*, 46(1) :88-98

Παπαληγούρα, Ζ. (2002). *Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική)*. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παπαζήση.

Παπαληγούρα, Ζ., Παπαδάτου, Δ., Μπελλάλη, Θ. (2013). Η διαμόρφωση επιθυμίας απόκτησης παιδιού, *Ι Επιστημονική Επιτηρίδα Τμήμα Ψυχολογίας ΑΠΘ, τόμος 10*, σελ 296-313.

Σαρίδη, Μ., Γεωργιάδη, Ε. (2010). Αίτια υπογονιμότητας, *Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμ.9, τευχ. 4*.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abbey A., Andrews, F.M., Halman, L.J. (1995). Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of personality and social support*, 68(3): 455-469.

Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin* 80 (4): 286-303.

Baird D., et al., (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 11: 261-276.

Bell, S.J. (1981). Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Resources*, 25, 1 – 9.

Berg, B.J. & Wilson, J.F. (1990). Psychiatric morbidity in the infertile population. A reconceptualization. *Fertility and Sterility*, 53, 654 - 661.

Berg, B.J. & Wilson, J.F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *Journal Behavioural Medication*, 1: 11-26.

Berg, J., Wilson, F., Weingartner, J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification, *Social Science Medication*, 33(9).



Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., *et al.* (1998). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI, *Andrologia*, 31, 1, 27–35.

Bhasin, S. (2007). Approach to the infertile man. *Journal Of Clinical Endocrinology Metabolism*.92(6), 1995- 2004.

Billings A. G. and Moos R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 157-189.

Boivin J, Griffiths E, Venetis CA.(2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: a meta-analysis of prospective psychosocial studies. *Br Med J*, 342:d223.

Boivin J, Lancaster D. (2010). Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. *Womens Health* ,6: 59-69.

Boivin J., Bunting L., Collins JA., Nygren KG. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*;22(6):1506-12.

Boivin, J. (2002). Who is likely to need counseling? *ESHRE: Guidelines for Counseling in Infertility. School of psychology, University Cardiff*, 9 ,10.

Boivin, J., Takefman, J.E, Tulandi, T. & Brender, W. (1995). Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *FertilSteril*; 63:801-7.

Brandes, M., van der Steen, JO., Bokdam, SB., Hamilton, CJ., de Bruin, JP., Nelen, WL., Kremer, JA. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population.*Human Reproduction*;24: 3127-3135.

Brugh,VM., Lipshultz, LI. (2004). Male factor infertility: evaluation and management. *MedClinNorthAm*. 88(2):367-85. 13.

Burns, L.N. (2002). Σεξουαλική συμβουλευτική και υπογονιμότητα, βρίσκεται σε Παπαληγούρα., *Υπογονιμότητα(Συμβουλευτική)* τόμος Α', σελ. 275-321, Αθήνα.

Burns, L.N & Convigton, S.N. (2006). Psychology of Infertility, found in:*Infertility Counseling A Comorehensive Handbook for Clinicians*, 2<sup>nd</sup> edition, Edited by Convigton S.N & Burns L.N, Cambringe University press.

Burns, L.N & LeRoy, B.S. (2002). Η γενετική συμβουλευτική και ο υπογόνιμος ασθενής, βρίσκεται σε Παπαληγούρα., *Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική)* τόμος Α', σελ.367-412, Αθήνα.

Bundesarztekkammer (1998). Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. *Deutsches Arzteblatt*, 95, 2454 - 2459.

Bydlowski, M. (2009). Το χρέος ζωής, ψυχαναλυτική διαδρομή της μητρότητας (Γ. Αμπατζόγλου & Ζ. Παπαληγούρα-Ράλλη, Επ. Εκδ., Δ Τσαρμακλή, Μετ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Raymond, E., Baser, and Zev Rosenwaks. (2010). "A Cross-sectional Cohort Study of Infertile Women Awaiting Oocyte Donation: The Emotional, Sexual, and Quality-of-life Impact." *Fertility and Sterility* 95.(2).711-16.

Conway, D.L., Coulson, C., Desai, K.M., Foster, P.A., Glazener, C., Hinton, R.A., Hull, M., Kelly, N.J., Lambert, P.A. & Waall, E.M. (1985). Population study of census, treatment and outcome of infertility. *British Medical Journal*, 291, 1963.

Cooper-Hilbert, B. (1999). *The Infertility crisis: Breaking through the cycle of hope and despair*. Networker, December, 65-70.

Daniluk, JC. (1997). *Gender and infertility*. In: Leiblum SR, ed *Infertility: psychosocial issues and counselling strategies*, New York, Wiley.

de Mouzon J., Goossens V., Bhattacharya S., Castilla J., et al., (2010). The European IVF-monitoring (EIM) Consortium for the European Society of *Human Reproduction and Embryology* (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 25 (8): 1851-1862.

Dhaliwal, LK., Gupta, KR., Gopalan, S., Kulhara, P. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes-prospective study. *IntJFertilWomensMed*, 49: 44-48.

Di Matteo, R., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (Μετάφραση), Επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φ., Ποταμιάνος Γ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Domar, AD. et al., (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril*. 58: 1158-1163.

Domar, AD., Zuttermeister, P.C., Friedman R. (1993). The psychological impact of infertility, a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14: 45-52.

Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Jewelewicz, R., and Maidman, J. (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility & Sterility* 52:425-432.

Dunkel-Scetter C, Lobel M. (1991). Psychological reactions to infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Scetter C, eds. *Infertility: Perspectives from stress and coping Research*. NY: Plenum Press, 29-57.

ESHRE (2015). *Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff*. ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group.

Eugster, A & Vingerhoets, AJ. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review, *Social Science and Medicine*, 48:575-589

- Frank, DI. (1984). Counselling the infertile couple. *Journal Psychosoc Nurs*, 22: 17-23.
- Greil, A.L. (1991a). *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Greil, A.L. (1991b). A secret stigma: the analogy between infertility and chronic illness and disability, *Advances in Medical Sociology*, 2, 17–38.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature, *Social Science and Medicine*, 45, 11, 1679–704.
- Greil, AL., Leitko, TA., Porter, KL. (1958). Infertility: His and her. *Gender and Society*, 2: 172-199.
- Grinion, P., E. (2005). *The biopsychosocial stress of infertility: Grappling with the ethical and moral concerns vis-à-vis assisted reproductive technologies*. North American of Christians in Social Work.
- Hasanpoor-Azghdy, SB., Simbar, M., Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med*. 2014 Feb;12(2):131-8.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., et al. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI - treatment, *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 78, 1, 42–48.
- Hunt, J., Monach, JH. (1997). Beyond the bereavement model the significance of depression for infertility counseling. *Journal Human Reproduction*, 11-12.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogstrom, L., Janson, PO., Sogn, J., & Hellstrom, AL. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89: 683-691.
- Kagami, M., et al. (2012). Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss, *Human Reproduction*, vol 27, no 3, pp 787-794.
- Kagiticibasi, C., Esmer, Y. (1980). Development, *Value of children and fertility: a multiple indicator approach*, Istanbul, mimeo.
- Karatas, JC., Barlow-Stewart, K., Meiser, B., McMahon, C., Strong, KA., Hill, W., Roberts, C., Kelly, PJ. (2011). A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Human Reproduction*, 26: 148-156.
- Kentenich, H. (2002). Introduction. *ESHRE: Guidelines for Counseling in Infertility*. DRK Frauenklinik, Berlin, 1- 3.
- Khademi, A., Alleyassin, A., Aghahosseini, M., Ramezanzadeh, F., Abhari, AA. (2005). Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMCPsychiatry*, 5: 25.

- Klock, S. C. (2002). *Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του υπογόνιμου ασθενούς. Βρίσκεται σε Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική), Τόμος Α', Επιμέλεια Ζ. Παπαληγούρα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα. σελ 105-130.*
- Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Klonoff E. (2007). Validation of a new scale for measuring Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART). *J Health Psychol, 12: 352-356.*
- Knoll, N., Schwarzer, R., Pfuller, B., & Kienle, R. (2009). Transmission of depressive symptoms, a study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *European Journal of Psychology, 14(1): 7-17.*
- Kraft, AD., Palombo, J., Mitchell, D., Dean, C., Meyers, S., Schmidt, A. (1980). The psychological -dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiat , 50: 618-627.*
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobson, L., et al. (1985). The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Ada Obstet Gynecol Scand, 64:599-604*
- Leiblum, S.R., Kemmann, E. & Lane, M.K. (1987). The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Psychosom Obstet Cynaecol , 6:165-78*
- Letherby, G. (1999). Other than mother and mothers as others: The experience of motherhood and nonmotherhood in relation to 'infertility' and 'involuntary childlessness. *Women's Stud Int Forum, 22: 359-372.*
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology (Vol 2, pp. 7-30)*, New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition, In P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health* (pp. 517-554). New York: John Wiley & Sons.
- Lok, IH., et al., (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest, 53: 195-199.*
- Lowyck B., Luyten P., Corveleyn J., Hooghe T., Demyttenaere K. (2009). Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human Reproduction, 24(3): 524-529.*
- Mahlstedt, P., Macduff S., Bernstein J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal In Vitro Fertilization and EmbryoTransfer, 4: 232-236.*
- Mahlstedt, PP.(1985). The psychological component of infertility. *Fertil Steril, 43: 335-346.*
- Maier D, B. & Maier L,U. (2002). Ασθενείς με σοβαρές ιατρικές παθήσεις, βρίσκεται σε Παπαληγούρα., *Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική) τόμος Α', σελ. 329-366, Αθήνα.*

- Maslow A.H., (1970). *Motivation and Personality*, Harper Collins Publishers, Third Edition.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Sugiyama, Y., Suzuki, T., Arai, T., Kondo, A., Sugi, T., Izumi, S., Makino, T. (2001). Increased natural killer-cell activity is associated with infertile women. *American Journal of Reproductive Immunology*, 46: 318-322.
- Mazor, MD. (1984). Emotional reactions to infertility. In: Mazor MD, Simons HF, eds. *Infertility: Medical, emotional and social considerations*. New York: Human Sciences Press.
- Menning, B. (1975). The infertile couple: A plea for advocacy. *Child Welfare* , 4:454-461.
- Menning B. (1980). *Infertility: A guide to the childless couple*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Micioni ,G., Jeker, L., Zeeb ,M, et al. (1987). Doubtful and negative psychological indications for AID: A study of 835 couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*; 6:89-99.
- Miller, W. B. (1994). Childbearing motivations, desires, and intentions: A theoretical framework. *Genetic. Social and General Psychology Monographs*, 120, 223-258.
- Mirowsky, J., Ross, CE. (1990). Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal Health Social Behaviour*, 31 (1): 71-86.
- Morse MJ. (1999). *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Sage Publ, 1994+Polit FD, Hungler PB. *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia.
- Nachtigall, R.D., Becker, G, & Wozny, M. (1992). The effects of gender - specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57:113-21.
- Nasseri, A. & Grifo, J. (1998). Genetics, age and infertility. *Maturitas*, 30: 189-192.
- Newton, C.R., Hearn, M.T., Yuzpe, A.A. & Houle, M. (1999). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implications for counseling. *J Assist Reprod Technol Genet* , 9:24-31
- Newton, CR., Hearn, MT., Yuzpe, AA. (1990). Psychological assessment and follow up after in vitro fertilization assessing the impact failure. *Fertility and Sterility*, 54:879-86.
- Papaligoura, Z., & Papagounos, G. (1996). Assisted reproductive technology: Psychological and ethical issues. In S. Nakou & S. Pandelakis (Eds.) *The child in the world of tomorrow: the next generation* (pp. 79-87). U.K.: Pergamon Press
- Pasch, L.A. & Christensen, A. (2000). Couples facing fertility problems. In Schmaling, K.B. and Sher, T.G. (eds) *The Psychology of Couples and Illness: Theory, Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association
- Peddie, V.L., van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). *A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment*.

Persson, J. (2005). The ART of assisted reproductive technology. *AustFamPhysician*, 34(3):119-22.

Pfeffer, N., & Woollett, A. (1983). *The experience of infertility*. London: Vigaro.

Pinborg, A., Hougaard, CO., Nyboe Andersen, A., Molbo, D., Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24: 991-999.

Plas E., Berger P., Hermann M., Pfluger, H. (2000). Effects of ageing on male fertility. *Experimental Gerontology*, 35: 543-551.

Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*, 8:186.

Rosenthal, M.B. (1993). Psychiatric aspects of infertility and assisted reproductive technologies. *Infertility Reproduction Medical Clinical North America*, 4:471-82

Rothman, BK. (1989). *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. New York: Norton.

Rubenstein, BB. (1951). An emotional factor in infertility: A psychosomatic approach. *Fertility and Sterility*, 2:80-6

Sandelowski, M. (1991). Compelled to try: the never-enough quality of conceptive technology. *Medical Anthropology Quarterly*, 5, 1, 29-47

Sandelowski, M., Harris, BG., Holitch- Davis, D. (1989). Mazing: Infertile couples and the quest for a child. *Image J Nurs Sch*. 21: 220-226

Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *Lancet*, 367:379-380.

Schmidt, L. et al., (2003). Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multicentre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(3), 628-637.

Slade, P., O'Neill, C.O., Simpson, A.J., Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8): 2309-2317.

Spencer, L. (1987). Male infertility: Psychological correlates. *Postgraduate Med*; 81:223-228.

Stanton A. L & Dunkel-Schetter C. (1991). *Infertility; Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum.

- Stanton A.L. (1991). Cognitive appraisals, coping processes and adjustment. In: Stanton A.L. and Dunkel-Schetter C. (eds.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 87-108), New York: Plenum Press.
- Strauss, B. & Boivin, J. (2002). Counseling within infertility. *ESHRE: Guidelines for Counseling in Infertility*. Friedrich, Schiller, University of Jena, school of psychology, Cardiff, 4 - 6.
- Throsby, K. & Gill, R. (2004). 'It's different for men': masculinity and IVF, *Men and Masculinities*, 6, 4, 330-48.
- Turner, JS., Rubinson, L. (1993). *Contemporary Human Sexuality*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Turner, K., Reynolds-May, MF., Zitek, EM., Tisdale, RL., Carlisle, AB., Westphal, LM. (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS One*, 8: e63743.
- Unruh, AM., McGrath, PJ. (1985). The psychology of female infertility: Towards a new perspective. *Health Care Women Int*, 6: 369-381.
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. (1995). Involuntarily childless couples: Their desire to have children and their motives. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 16, 137-144.
- Van Balen, F., Inhorn, MC. (2002). Interpreting infertility: A view from the social sciences. In: MC Inhorn, F Van Balen, eds. *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Los Angeles, CA: University of California Press, 3-32.
- Van Ess, G.M. (2012). *Infertility and the Bible: How Women Use Their Personal Faith, Scripture and Greet the Church When Struggling With Infertility*, Bachelor of Art and Bachelor of Architecture University of North Carolina at Charlotte.
- Verberg, MFG., Eijkemans, MJC., Heijnen, EMEW., Broekmans, FJ., de Klerk, C., Fauser, BCJM., Macklon, NS. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 23:2050-2055.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaijmaat, F.W., & Braat D.D. (2007a). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research, *Human Reproduction Update*, 13(1): 27-36.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., van Minnen A., Kremer J.A.M., Kraaijmaat, F.W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment, a prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28: 181-190.
- Verhaak, CM., Smeenk, JM., Nahuis, MJ., Kremer, JA., Braat, DD. (2007b). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod*, 22: 305-308.
- Warnock, M. (1985). *A Question of Life*. Oxford: Blackwell

Williams K., Marsh W., Rasgon N. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *HumanReproduction*, 13(6): 607-616.

Wirtberg, I., Moller, A., Hogström, L., Tronstad, S.E. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment, *Human Reproduction*, 22, 2, 598–604.

World Health Organization. (2007). *Basic Documents (Constitution of the World Health Organization)*, Forty-sixth edition.

Ziebe, S., Devroey, P. (2008). Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Human Reproduction Update*,14(6):53-92.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

1\*

«..όταν ξεκινούσαν αυτές οι μέρες τότε ήμουν πιο σφιγμένη, πιο αγχωμένη, τις ημέρες που ξεκινούσαν οι γόνιμες, γιατί έλεγα θα γίνει, δεν θα γίνει και υπήρχε περισσότερο άγχος.»

(Περίπτωση 7)

2\*

«..Εντάξει σίγουρα κάπως στη σχέση, αφού είναι κάποια πράγματα προγραμματισμένα, πρέπει η επαφή να είναι έτσι, πρέπει κάποια πράγματα ε εντάξει σίγουρα η σχέση επηρεάζεται σε αυτήν την κατάσταση, μπαίνει σε μια ρουτίνα και η σχέση ας πούμε, να κάνεις έρωτα τότε, αυτά σίγουρα επηρεάζουν. Ευτυχώς δεν είναι μεγάλο το διάστημα και είμαστε τελείως στοχευόμενοι και λέγαμε αυτό θα γίνει γι αυτόν τον λόγο, και δεν κράτησε πολύ κιόλας, γιατί αν κρατήσει πολύ ε γίνεται κάπως με προειδοποίηση της κατάστασης οπότε...»

(Περίπτωση 2)

«...Εγώ το έβλεπα και λίγο καμία φορά δεν ήθελα να έρθουμε σε επαφή αλλά ο σύζυγος μου όμως το κράτησε και αυτό ζωντανό. Εμένα με είχε ρίξει λίγο ψυχολογικά, δεν είχα όρεξη και και και αλλά ήταν αυτός που σε όλα με βοηθάει ώστε να μην πέφτω εγώ τόσο πολύ.»

(Περίπτωση 4)



«...Αν σκεφτείς ότι αυτό το πράγμα πριν, κράτησε δυο τρία χρόνια εσε ήτανε πάρα πολύ, μας κούρασε και τους δυο σε κάποια φάση πολύ.»..

(Περίπτωση 6)

3\*

«Η ας πούμε σκέφτομαι και αν τα φάρμακα μου δημιουργήσουν προβλήματα που παίρνω τώρα γιατί υποτίθεται λένε ρε παιδί μου, λέγανε παλιά πως οι ορμόνες αυτές προκαλούν καρκίνο, μετά λέγανε ότι οι ορμόνες αυτές δεν προκαλούν καρκίνο αλλά αν έχεις προδιάθεση θα βγει πιο γρήγορα. Τώρα άκουσα ένα γιατρό πάλι, έλεγε ότι έχουν εξαλειφθεί αυτά, δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα και τέτοια αλλά εντάξει, το δικό μας το μυαλό δεν τα θεωρεί, κανένα φάρμακο δεν είναι αθώο οπότε μπαίνω και σε αυτές τις σκέψεις και καμιά φορά όταν δεν νιώθω καλά λέω είσαι σίγουρη ότι δεν είναι ψυχολογικό τώρα ή έχει βγει κανένα κουσούρι από τα φάρμακα. Έχω και τέτοιους προβληματισμούς. Εμένα δεν μου αρέσει γενικότερα η ιδέα να φορτώνομαι με φάρμακα και τώρα αυτήν την προσπάθεια που θα κάνουμε θα την κάνω με πολύ λίγα φάρμακα, ίσα ίσα με μια λίγο μεγαλύτερη παραγωγή ωαρίων από το φυσιολογικό.»

(Περίπτωση 6)

«Αν δεν σε πειράζουν τα φάρμακα εκείνη την στιγμή εντάξει τώρα δεν ξέρεις και από τι θα πας. Χτύπα ξύλο. Ο άλλος είχε καρκίνο και πήγε από καρδιά»

(Περίπτωση 7)

«Χμμμ οι γονείς μου αρχικά ανησύχησαν ως προς τα φάρμακα τα οποία πρέπει να πάρω εάν αυτά τα φάρμακα θα έχουν επιπτώσεις, αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, αυτό ενδιαφέρθηκαν στην αρχή να μάθουν, αυτό.»

(Περίπτωση 5)

4\*

«Ιδιωτικά ήταν και τα πληρώνω όλα και ακριβά, όχι έτσι, και τώρα εδώ εε πληρώνω τον γιατρό, αλλά εντάξει μετά εκεί ξέρεις όλα τα ιδιωτικά όχι σου βάλουμε αυτό το φάρμακα, όχι η νάρκωση, όχι το άλλο. Εε είναι αρκετά τα χρήματα και γι αυτό κι εγώ κάποιες στιγμές το είχα αφήσει και δεν έκανα λόγω οικονομικού και πέρασαν τόσα χρόνια που στην ουσία δεν είναι πολλά που κάνω εξωσωματική. Απλά γίνεται σταδιακά.»

«Ξέρεις είναι και τόσα πολλά που παίρνουν οι γιατροί μαύρα, τότε μου είχε πάρει ένας για την επίσκεψη μόνο, τόσα όσο ήταν ο μισός μισθός για μια εξέταση πόσο να είναι τέταρτό; Όταν σε βρίσκει ο άλλος έτσι πατάει εκεί που πονάς.»

(Περίπτωση 7)

«...εντάξει να σου πω κάτι με τρομάζει και το οικονομικό γιατί δεν είμαστε και άνετα οικονομικά να πούμε α! τι ωραία δεν πειράζει. Γιατί είναι δημόσιο αλλά αν δεν μου δικαιολογήσουν τα φάρμακα, σκέφτομαι και έτσι»

(Περίπτωση 8)

5\*

«.. αυτό ήταν πολύ ψυχοφόρο αν το έκανα εγώ, φέρε αυτό το χαρτί, φέρε το άλλο, κάνε σπερματοδιάγραμμα σε δημόσιο νοσοκομείο, να χουμε που να χουμε τα χάλια μας γιατί είναι κάτι καινούργιο και δεν ξέρεις που πατάς και που βρίσκεσαι και ακούς και διάφορα...»

(Περίπτωση 1)

6\*

«...εάν ήξεραν κάτι παραπάνω από όσα ξέρω εγώ ίσως, εάν ήταν πιο πολύ ενημερωμένοι, αν είχαν ίδια εμπειρία ίσως, ίσως θα μπορούσαν να μπουν περισσότερο στη θέση μου.»

(Περίπτωση 5)

7\*

«...λίγο μετά αναγκάστηκα , εξαιτίας των απουσιών που έχω κάνει από την δουλειά, το γνώρισε και ε το γνώρισαν και οι συνεργάτες μου, εκεί βέβαια δεν έχω κατανόηση από το εργασιακό. Έχω πολύ μεγάλα προβλήματα γιατί απουσιάζω κάποιες φορές, όταν υπάρχουν ιώσεις στα σχολεία, γιατί εμείς μπαίνουμε και στα σχολεία και κατάλαβες δεν μπορούσα να μπαίνω μέσα.»... «Και στην δουλειά, εδώ δεν έχω καλή

αντιμετώπιση και το μόνο πρόβλημα που έχω είναι στην κατανόηση στη δουλειά...»... «Θα με βοηθούσε περισσότερο στη δουλειά αν δεν το ανακοίνωνα, έπρεπε να πω ότι είμαι άρρωστη, ενώ από την αρχή είπα τι κάνω και μου δημιουργούν τόσες δυσκολίες, αυτό με πειράζει, αυτό αυτό...»

(Περίπτωση 2)

«Εγώ που είμαι και αγχώδης τύπος..για μένα είναι... νομίζω βέβαια ότι δεν είμαι και στην καλύτερη φάση που το κάνω όλο αυτό λόγω δουλειάς λόγω...» «Δεν ξέρω ακριβώς που χρειάζεται να λείπω, αλλά νομίζω πως κάποιες φορές θα χρειάζεται να λείπω για να πάω στο νοσοκομείο, για να γίνει αυτό που είναι να γίνει, νομίζω μια δυο μέρες θα λείπω και δεν ξέρω ίσως αργότερα, ακόμα δεν τα έχω πολύ καταλάβει όλα αυτά αλλά γενικά νομίζω πως κάποιες φορές θα πρέπει να λείπω και από την δουλειά, αυτό είναι το δύσκολο κομμάτι. Υπάρχει πρόβλημα σε αυτήν την δουλειά, δεν μπορώ να λείπω.» «Ε μάλλον δεν θα ναι τόσο εύκολο. θα υπάρχει κάποια πίεση από εκεί (φαίνεται στο πρόσωπό της ότι είναι πολύ φορτισμένη). Και επειδή είμαι στη δουλειά μου πολύ τυπική και πολύ συνεπής και πιο πολύ από αυτό που πρέπει, δηλαδή τελειομανής εκεί νομίζω ότι θα πιεστώ εγώ περισσότερο (χαμογελάει), θα λέω α! Δεν είμαι σωστή εκεί. Αυτό!»

(Περίπτωση 4)

«Όχι όχι, γι αυτό και δεν δουλεύω γιατί πια δουλειά θα με άφηνε κάθε τρεις και λίγο να φεύγω και να πηγαίνω Αθήνα και ο σύζυγος που ερχόταν... εκεί να δεις! Γιατί τότε έπρεπε να αφήνει δουλειές και μαζεύαμε και τώρα αλλά τότε ακόμα δούλευε λίγο καλύτερα, εντάξει είναι ελεύθερος επαγγελματίας και λίγο τα πεθερικά μου μας βοηθάνε και λίγο ο γονείς μου, αλλά τότε ήταν κάπως καλύτερα, τώρα είναι πιο δύσκολα με την κρίση που έχουμε.» «...Κοίταξε, εγώ το έχω βάλει στόχο γι αυτό ήτανε και ο λόγος που δεν έχω πάει και πουθενά για δουλειά, γιατί πριν λίγα χρόνια θα μπορούσα να είχα πάει όπως πήγανε και οι φίλες μου κάτω στα ψάρια και θα μπορούσα να βοηθήσω καλύτερα την κατάσταση όλη, αλλά αφού δεν γίνεται, τι να έκανα»

(Περίπτωση 7)

8\*

«Εντάξει η μάνα μου που την ξέρω τρώγεται και το καταλαβαίνω και της είπα μια μέρα, αν ήταν να κάνεις εσύ εξωσωματική δεν θα τα κατάφερνες με το άγχος που έχεις,

αλλά γενικότερα δεν μου λέει κάτι απλά την βλέπω κάπως να αγχώνεται γιατί είναι και ο χαρακτήρας της.»

(Περίπτωση 1)

«Η μαμά μου λίγο πιο προστατευτική, να προσέχω και τα λοιπά, όχι όμως κάποια τρανταχτή αλλαγή»

(Περίπτωση 2)

«Ναι, κάπως θα μπορούσα να πω, εε πώς να το πω, πιο ζεστά; Με τους δικούς μου ιδιαίτερα έχουμε πάρα πολύ καλή σχέση αλλά δεν θέλουν να με στεναχωρήσουν, να με πληγώσουν, με προστατεύουν κάπως περισσότερο και ιδιαίτερα η μητέρα μου».

«Απλά καθημερινά πράγματα, να έρθουν να μας δουν συνέχεια η μητέρα μου, να μας φτιάξει φαγητό, να μας δώσει χρήματα κάπως έτσι.»

(Περίπτωση 3)

«Όχι, όλα φυσιολογικά, ίσως η μαμά μου να είναι λίγο πιο προστατευτική»

(Περίπτωση 4)

9\*

«...Ξέρεις τι γίνεται εμένα όσοι με ακούνε γιατί το συζητάω και όσες με ακούνε νομίζουν ότι είμαι πολύ κρύα, τα λέω πολύ ωμά και έτσι. Δεν είναι έτσι όμως απλά αισθάνομαι καλά, έχω ψυχολογία, θέλω να κάνω παιδιά. Και αφού θέλω, πρέπει να είμαι...» «Κοίτα τώρα που έχω πάρει το οκ για να ξεκινήσω δεν έχω κάνει καμία αρνητική σκέψη, καμία! (το τονίζει), ότι θα πιάσω παιδιά, τέλος! Όχι παιδί, παιδιά! έχει σημασία αυτό που λέω γιατί θέλω να πιάσω δίδυμα (γελάει).»

(Περίπτωση 8)

«Και σκέφτομαι ότι τελικά θα τα καταφέρω, ειδικά αυτήν την περίοδο κάνω πολλές θετικές σκέψεις γιατί βλέπω άλλες περιπτώσεις που σου έλεγα, και σε μεγάλη ηλικία γυναίκες 50 και προσπαθούσαν ακόμη και εγώ είμαι μικρή ακόμη θα τα καταφέρω.»

(Περίπτωση 3)

«..εεεε χρειάζεται να είμαι αποφασιστική αυτό λέω στον εαυτό μου δηλαδή και δυναμική και πολλές φορές όταν θέλεις κάτι πολύ πολλές φορές δεν σου έρχεται με την μια και χρειάζεται να το προσπαθήσεις λίγο παραπάνω.»

(Περίπτωση 5)

«Γιατί το ψυχολογικό όπως σου είπα δεν , δεν μπορείς να το λύσεις είναι το πιο δύσκολο...»

«Εντάξει η μάνα μου που την ξέρω τρώγεται και το καταλαβαίνω και της είπα μια μέρα, αν ήταν να κάνεις εσύ εξωσωματική δεν θα τα κατάφερνες με το άγχος που έχεις.»

(Περίπτωση 1)

«..Μετά που δεν γινόταν αυτό και που με είχε διαβεβαιώσει κιόλας η πρώτη γυναικολόγος ότι δεν φταίει τίποτα, όλα είναι μια χαρά και κάτσε, πήγαινε καν' ταξίδι, ε λίγο δεν ξέρω αγχώθηκα εε δεν μπορώ να θυμηθώ και ακριβώς εκείνη την φάση. Θυμάμαι τότε όταν είχα κάνει την λαπαροσκόπηση και ήρθε ο κ. ... μέσα στο δωμάτιο και λέω... ναι γιατρέ ναι, κι εγώ περίμενα να ακούσω ότι κάτι γίνεται και λέει τι περιμένεις να ακούσεις; Όλα καλά. Και τότε απογοητεύτηκα. Τώρα λέω, γιατί το να λύσεις το ψυχολογικό, το δικό μου ας πούμε είναι πολύ πιο δύσκολο από το να πάρεις ένα χάπι. Παίρνεις ένα χάπι σου διορθώνει ότι είναι να σου διορθώσει και στο λύνει το θέμα.»

(Περίπτωση 4)

10\*

«..Αισθάνομαι δηλαδή πιο δυνατή με την γυμναστική, μπορεί να διαβάσω κάτι, να ακούσω μουσική, μουσική στο αυτοκίνητο όταν οδηγώ μου αρέσει πάρα πολύ με χαλαρώνει και εε μετά αισθάνομαι λίγο πιο δυνατή για να αντιμετωπίσω ότι με απασχολεί...»

(Περίπτωση 5)

«...ανάλογα δεν ξέρω, θα δω καμιά σειρά, κάτι να γελάσω»... «Η θα συζητήσω με κάποια κοπέλα που σου είπα ότι ξέρει και θα με ηρεμήσει και αυτή με δικό της τρόπο, ή θα κάτσω να ασχοληθώ με κάτι τελείως τελείως άσχετο και διαφορετικό να μου πάρει το μυαλό να μην το σκεφτώ καθόλου. Όπως να παίξω ένα παιχνίδι στον υπολογιστή, που θέλει την προσοχή μου ας πούμε, ξέρεις ή με την τηλεόραση πολύ, καμιά σειρά, κάνα τέτοιο να ξεχαστώ!»... «..Ξεχνιέμαι όσο την κάνω, μετά μου ξαναέρχεται.(γελάει)

(Περίπτωση 6)

«Βάζω στο μυαλό μου ότι θα πάω ταξίδι εκεί ή θα πάω αυτήν την βόλτα. Δηλαδή κάτσε να στο πω καλύτερα. Να όταν σκέφτομαι έτσι, λέω θα πάω μια βόλτα να ηρεμήσω και μετά την άλλη μέρα θα το ξαναβάλω στο πρόγραμμα μου ότι αυτό και αυτό πρέπει να γίνει. Κάπως έτσι...»

«Δεν το αφήνω πάντα όμως. Ξέρω ότι την τάδε μέρα θα πάω να κάνω αυτό. Βάζεις ένα πρόγραμμα, πώς να καθησυχάσεις τον εαυτό σου, ξέρεις ότι την τάδε μέρα έχεις να κάνεις εκείνο και την άλλη αυτό. Ε αυτά πρέπει να γίνουν.»

(Περίπτωση 4)

11\*

«..Και λέω μετά εντάξει ή θα υιοθετήσω ή ... αλλά δεν είναι εύκολο και αυτό για να υιοθετήσεις. Έχω πει και σε κάποιους ανθρώπους ότι εγώ θέλω να υιοθετήσω..»

«...Έχω πει, όπως σου είπα σε κάποια άτομα αν μάθουν και στο νοσοκομείο αν συμβεί κάποιο περιστατικό και σχεδιάζω να πάω στο Μητέρα να κάνω αίτηση αλλά αυτό ξέρω ότι είναι δύσκολη διαδικασία και δεν σου δίνουν εύκολα. ...»

(Περίπτωση 7)

«...έχω βέβαια σκεφτεί και την υιοθεσία πάρα πολύ αλλά και παιδιά να κάνω θα ήθελα να υιοθετήσω, το έχω υποσχεθεί στον εαυτό μου. Έχει πολύ χαρτού αλλά οκ..»

(Περίπτωση 1)

«..Βέβαια εάν δεν υπήρχε η εξωσωματική υπάρχουν και άλλοι τρόποι της υιοθεσίας ή οτιδήποτε, απλά στην κοινωνία μας συνήθως τα ζευγάρια θέλουν να γεννήσουν ένα μωρό για τον οποιοδήποτε λόγο και σίγουρα εφόσον μας δίνεται η δυνατότητα εε η επιστήμη να το κάνουμε ε γιατί όχι...»

(Περίπτωση 5)

«...Τίποτα, μια χαρά, δεν με πειράζει, δεν με ενδιαφέρει τίποτα, ούτε ότι θα πάρω ένα παιδί και θα είναι κάτι, πώς να στο πω εε σαν ντροπή, δεν με νοιάζει καθόλου, ούτε που είμαι στο χωριό, ούτε τι θα πουν, πως θα συζητηθεί, πως θα το μάθουν, είναι δύσκολα γιατί είναι χωριό, αλλά δεν με νοιάζει όμως, εγώ το σκέφτομαι να το κάνω αν δεν γίνει αλλιώς. δηλαδή σκέφτομαι να κάνω και αυτό, να κάνω και εκείνο, έχω πει και σε κάποιους γιατρούς αν σου τύχει κάτι που μπορεί να μην το θέλουν το παιδί τους, να μην μπορούν να το μεγαλώσουν, να με έχουν στο μυαλό, αλλά δεν έχει γίνει κάτι...»..Και ο σύζυγος θέλει και μου λέει θα κάνουμε, μην αγχώνεσαι, μην στεναχωριέσαι αν δεν είναι θα πάμε, θα κάνουμε μια υιοθεσία, θα το συζητήσουμε, θα ρωτήσουμε, θα μάθουμε, ε δεν θέλω δηλαδή να μην έχω παιδί...»

(Περίπτωση 7)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ:



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΤΗΝ  
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

**Έγγραφο Ενημέρωσης Συμμετοχής σε Έρευνα**

**Τίτλος έρευνας:** « ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.»

**Όνομ/μα ερευνήτριας:** Μεταπτυχιακή φοιτήτρια *Ανδρέου Ελπίδα*

**Επιβλέπουσα έρευνας:** Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας *Λουμάκου Μαρία*



**Σκοπός της έρευνας:** Στην προσπάθεια μας να υποστηρίξουμε σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, μελετούμε τις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της συγκυρίας.

Θα θέλαμε από εσάς να μας βοηθήσετε, διαθέτοντας λίγο από τον χρόνο σας για μια μικρή ποιοτική συζήτηση, η οποία ως άξονα θα έχει την εμπειρία σας με την υπογονιμότητα.

**Περιγραφή διαδικασίας:** Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική. Εάν συμφωνήσετε να συμμετέχετε στην έρευνα η συμμετοχή σας θα διαρκέσει περίπου μισή ώρα και θα διεξαχθεί σε ημέρα, ώρα και μέρος της επιθυμίας σας.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας θα ακολουθηθεί η εξής διαδικασία: Θα σας διατυπωθούν κάποια απλά ερωτήματα στα οποία καλείστε να απαντήσετε ελεύθερα ότι εσείς πιστεύετε και βιώνετε.

**Οφέλη:** Ελπίζουμε ότι οι πληροφορίες που θα παρέχει αυτή η έρευνα, θα ωφελήσουν τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τα συναισθήματα που βιώνουν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν θέματα υπογονιμότητας και θα δώσουν την αφορμή για να αναδυθούν όλες οι οπτικές που θα παραθέσετε.

**Δικαιώματα συμμετεχόντων:** Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή.

**Απόρρητο:** Θα τηρηθεί το απόρρητο στα αρχεία τα οποία περιέχουν στοιχεία των συμμετεχόντων σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία. Πρόσβαση στα αρχεία της έρευνας θα έχει μόνο η καθηγήτρια κα Λουμάκου Μαρία. Τα αρχεία θα σβηστούν και θα καταστραφούν αμέσως μετά το πέρας της εργασίας.

**Ερωτήσεις ή προβλήματα:** Μπορείτε να θέσετε τις ερωτήσεις ή τις απορίες σας οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

**Ανδρέου Ελπίδα-** Τελειόφοιτη Μεταπτυχιακού Προγράμματος “ Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή-Εκπαίδευση- Υγεία”