



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ**  
**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ με θέμα:

*«Η ψυχοσυναισθηματική εμπειρία και οι τρόποι αντιμετώπισης των ανδρών που βιώνουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης».*

Μεταπτ. Φοιτήτρια: Βλάχου Μαρία

**Μέλη τριμελούς:**

Λουμάκου Μαρία - Καθηγήτρια Ψυχολογία της Υγείας (Επιβλέπουσα)

Κλεφτάρας Γιώργος - Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας - Ψυχοπαθολογίας

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

**Βόλος, Ιούλιος 2021**

## Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Βλάχου Μαρία, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο *«Η ψυχοσυναισθηματική εμπειρία και οι τρόποι αντιμετώπισης των ανδρών που βιώνουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης»* 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

Μαρία Βλάχου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια ποιοτική μελέτη που διερευνά τον τρόπο που βιώνουν οι έλληνες άνδρες την υπογονιμότητα που είτε οι ίδιοι, είτε οι σύζυγοί τους έχουν διαγνωστεί με υπογονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρηθεί να μελετηθούν οι επιδράσεις που έχει η εξωσωματική γονιμοποίηση στους άνδρες, η ψυχοσυναισθηματική τους εμπειρία και πως αντιμετωπίζουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για τις ανάγκες της έρευνας, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με ανοιχτές ερωτήσεις σε οχτώ άνδρες που βρίσκονται στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δηλαδή την περίοδο πριν, κατά την διάρκεια ή μετά την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν οι σύζυγοί τους, ενώ μπορεί να είχαν στο παρελθόν αντίστοιχες εμπειρίες με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα ευρήματα της έρευνας αφορούν την εμπειρία της υπογονιμότητας από την οπτική πλευρά των ανδρών, την απόφασή για εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς και την εμπειρία τους με τη θεραπεία. Παρουσιάζονται δεδομένα που προβάλλουν τα συναισθήματα των ανδρών, τη σχέση με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον καθώς και την επίδραση της υπογονιμότητας στη συντροφική σχέση και σεξουαλική ζωή. Ακόμη, περιγράφονται οι εμπειρίες τους με το σύστημα υγείας και το ιατρικό προσωπικό, ενώ διατυπώνονται και οι αλλαγές που υφίστανται στη ζωή τους σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. Τέλος καταγράφονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν για να διαχειριστούν την δεδομένη κατάσταση και η παροχή συμβουλευτικής στήριξης.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ανδρική υπογονιμότητα, εξωσωματική γονιμοποίηση, ψυχολογία, στρατηγικές αντιμετώπισης

## **ABSTRACT**

The present research is a qualitative study that investigate the way Greek men experience infertility that either they or their spouses have been diagnosed with infertility. More specifically, an attempt will be made to study the effects of in vitro fertilization on men, their psycho-emotional experience and how they deal with the process of in vitro fertilization. Semi-structured interviews with open questions were conducted on eight men who are in the process of in vitro fertilization, in the period before, during or after receiving the medication that their wives receive, while in the past they may have had similar experiences with assisted reproduction methods. The research findings concern the experience of infertility from the perspective of men, the decision for in vitro fertilization as well as the experience with treatment. There are elements that highlight the feelings of men, the relationship with the family and social environment as well as the effect of infertility on companionship and sex life. In addition, their experiences with the health system and medical staff are expressed, while the changes that occur in their lives in each period are expressed. Finally, the coping strategies they choose to manage the current situation and the provision of counselling support are mentioned.

Keywords: Male infertility, IVF, psychology, coping strategies

## ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπογονιμότητα είναι μια κατάσταση με ψυχολογικές, οικονομικές και ιατρικές επιπτώσεις που οδηγούν σε άγχος και ποικίλα δυσφορικά συναισθήματα. Σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή Παρακολούθησης Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), η υπογονιμότητα είναι μια ασθένεια του αναπαραγωγικού συστήματος που ορίζεται από την αποτυχία επίτευξης της κλινικής εγκυμοσύνης μετά από 12 μήνες ή περισσότερο της τακτικής σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία.

Η ανδρική υπογονιμότητα οφείλεται συνήθως σε ελλείψεις στο σπέρμα και η ποιότητα του σπέρματος χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μέτρο της ανδρικής γονιμότητας. Οι πιο σημαντικές αιτίες, είναι η χαμηλή συγκέντρωση σπέρματος (ολιγοσπερμία), η κακή κινητικότητα του σπέρματος (ασθενοσπερμία) και η ανώμαλη μορφολογία του σπέρματος (τερατοσπερμία).

Η μέθοδος αντιμετώπισης της υπογονιμότητας μέσω της *in vitro* γονιμοποίησης (IVF) συνεχώς κερδίζει ολοένα περισσότερους υποστηρικτές. Ωστόσο, η εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να αποτελέσει πηγή ψυχολογικών και συναισθηματικών δυσκολιών για ζευγάρια που προσπαθούν να κάνουν παιδί.

Ομοίως με τις γυναίκες, οι άνδρες υποφέρουν σε θεραπείες γονιμότητας, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Αν και υπάρχει ένα τεράστιο σύνολο στοιχείων για τη συναισθηματική προσαρμογή των γυναικών στη υπογονιμότητα, δεν υπάρχουν συστηματικές κριτικές που να εστιάζουν στην ψυχολογική προσαρμογή των ανδρών στη υπογονιμότητα και σε συναφείς θεραπείες στον ελλαδικό χώρο. Η επίπτωση της κατάθλιψης και του άγχους στα υπογόνιμα ζευγάρια είναι σημαντικά υψηλή από ό, τι στα γόνιμα αντίστοιχα. Η υπογονιμότητα έχει συνδεθεί με σημαντικές ψυχικές και παθολογικές ασθένειες, κατάχρηση ουσιών, φαγητό, περιβαλλοντικές συνθήκες και διαταραχές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας είναι εξίσου σημαντικές στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Σε σχέση με τις διαφορετικές ανάγκες, μπορεί να ενδείκνυνται διαφορετικές ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με την χρήση της φαινομενολογικής προσέγγισης σε μια ποιοτική μελέτη χρησιμοποιώντας ως δείγμα οχτώ άνδρες που είτε οι ίδιοι είτε οι σύντροφοί τους, αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας και έχουν απευθυνθεί σε ιδιωτικό θεραπευτικό κέντρο που ειδικεύεται στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης και η ανάλυση έγινε με την μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διερευνηθεί πως επιδρά η εξωσωματική γονιμοποίηση στους άνδρες, ποιες ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες και αντιδράσεις εκδηλώνουν, ποιες συνέπειες απορρέουν από την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και σε ποιους τομείς, και πως αντιμετωπίζουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και τις πιθανές δυσφορικές καταστάσεις που δημιουργούνται.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης επικεντρώθηκαν στις ψυχοσυναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις των ανδρών σχετικά με το ζήτημα της υπογονιμότητας αλλά και της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην απόφαση και στην διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στις αλλαγές που υπέστησαν σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους και στις στρατηγικές μεθόδους που επέλεξαν να διαχειριστούν τις καταστάσεις αυτές.

Τα ευρήματα της έρευνας καταδεικνύουν τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα οι άνδρες, το πώς επιδρούν σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, και ποιες αλλαγές πραγματοποιούνται στον κοινωνικό και προσωπικό τομέα με τους σημαντικούς άλλους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, γίνεται αντιληπτό πως οι άνδρες βιώνουν κλιμακούμενα δυσφορικά συναισθήματα και κοινωνικό στιγματισμό. Δημιουργείται η ανάγκη για υποστήριξη και διακριτικότητα από το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον, γεγονός που βοηθάει στην καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή των ανδρών. Ακόμη, περιγράφεται έντονη ανησυχία για πιθανές ιατρικές επιπλοκές όσον αφορά την σύζυγο και το εν δυνάμει τέκνο, αλλά και για το ανοδικό ηλικιακό όριο των ανδρών. Η εστίαση για επίλυση του προβλήματος, η πίστη σε μια ανώτερη θρησκευτική δύναμη, ο αισιόδοξος τρόπος σκέψης και η επικοινωνία του προβλήματος και των συναισθημάτων αποτελούν τις στρατηγικές που καταγράφηκαν περισσότερο. Ωστόσο, δεν δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην παροχή συμβουλευτικής από την πλευρά των ανδρών.

Η παρούσα μελέτη προσφέρει επιστημονικά δεδομένα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τους συμβούλους ψυχικής υγείας αλλά και ως πηγή επιπλέον ενημέρωσης για ευρύτερο πληθυσμό.

## Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Λουμάκου Μαρία, για την επιστημονική της καθοδήγηση, τις παρατηρήσεις της και την στήριξη που μου πρόσφερε στην διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας.

Στην συνέχεια, αισθάνομαι την ανάγκη να απευθύνω ευχαριστίες στην κλινική γονιμότητας «Γέννημα IVF» και ιδιαίτερα στην κα Καλαϊτζή, Βιολόγο και Υπεύθυνη Επικοινωνίας, όπου χωρίς την βοήθεια της δεν θα μπορούσε να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα.

Ακολούθως, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Συμβουλευτική Ψυχολογία & Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» για τις γνώσεις και τα επιστημονικά ερεθίσματα που μου πρόσφεραν.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους κοντινούς μου ανθρώπους, οι οποίοι με στήριζαν, τόσο συναισθηματικά όσο και έμπρακτα, καθ' όλη την διάρκεια του ταξιδιού μου στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα αλλά και στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.



## Πίνακας περιεχομένων

|   |     |
|---|-----|
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....   | iii |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | iv  |
| <b>ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....   | v   |
| <b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....  | 1   |
| <b>2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....  | 3   |
| 2.1.2 Οιστρογόνα.....   | 4   |
| 2.1.3 Μόλυνση.....  | 4   |
| 2.1.4 Κιρσοκήλη.....  | 4   |
| 2.1.5 Διαβήτης.....   | 5   |
| 2.1.6 Βαρέα Μέταλλα.....  | 5   |
| 2.2 Ο Τρόπος ζωής και η ανδρική υπογονιμότητα.....                      | 6   |
| 2.2.1 Κάπνισμα.....   | 6   |
| 2.2.2 Αλκοόλ.....   | 7   |
| 2.2.3 Ναρκωτικά.....  | 7   |
| 2.2.4 Παχυσαρκία.....   | 8   |
| 2.2.5 Ψυχολογικό άγχος.....   | 9   |
| 2.2.6 Προχωρημένη πατρική ηλικία.....                                   | 10  |
| 2.2.7 Άλλοι παράγοντες κινδύνου για τον τρόπο ζωής.....                 | 11  |
| 2.3 Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας - Εξωσωματική γονιμοποίηση.....   | 12  |
| 2.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών απέναντι στην υπογονιμότητα..... | 12  |
| 2.5 Ψυχολογικές Συνέπειες της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης.....           | 15  |
| 2.6 Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....                                      | 18  |
| 2.7 Συμβουλευτική υπογονιμότητας.....                                   | 20  |
| <b>3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....   | 23  |
| 3.1 Δείγμα.....   | 23  |
| 3.3 Διαδικασία Συνέντευξης.....   | 25  |
| 3.4 Ανάλυση Δεδομένων.....  | 25  |
| <b>4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....  | 26  |
| 4.1 Τα γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....                     | 26  |
| 4.2 Η εμπειρία της υπογονιμότητας πριν και μετά την διάγνωση.....       | 29  |
| 4.2.1 Τα συναισθήματα πριν την περίοδο της διάγνωσης.....               | 29  |
| 4.2.2 Τα συναισθήματα μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας.....         | 31  |
| 4.2.3 Το στίγμα της υπογονιμότητας.....                                 | 33  |
| 4.2.4 Η συνειδητοποίηση ότι δεν είναι «ο μόνος».....                    | 33  |
| 4.3 Οι γνωστικές διεργασίες πριν και μετά την διάγνωση.....             | 34  |
| 4.3.1 Οι σκέψεις πριν την διάγνωση.....                                 | 34  |

|  |    |
|--|----|
| 4.3.2 Οι σκέψεις μετά την διάγνωση.....                          | 34 |
| 4.4 Η απόφαση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....                 | 36 |
| 4.4.1 Η εξωσωματική ως η μόνη επιλογή.....                       | 36 |
| 4.4.2 Τα κίνητρα για την εξωσωματική.....                        | 38 |
| 4.4.2.1 Η προχωρημένη ηλικία ως μοχλός πίεσης.....               | 39 |
| 4.5 Η εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....               | 40 |
| 4.5.1 Τα συναισθήματα πριν την έναρξη της εξωσωματικής.....      | 41 |
| 4.5.2 Τα συναισθήματα κατά την διάρκεια της διαδικασίας.....     | 42 |
| 4.5.3 Απόκρυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....               | 45 |
| 4.5.4 Τα πλεονεκτήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....       | 46 |
| 4.5.4 Τα μειονεκτήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....       | 48 |
| 4.5.4.1 Η σωματική καταπόνηση των συζύγων.....                   | 49 |
| 4.5.4.2 Πολλαπλές κυήσεις και ενδεχόμενη επικινδυνότητα.....     | 50 |
| 4.5.4.3 Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως κερδοφόρα επιχείρηση..... | 51 |
| 4.5.4.5 Το οικονομικό κόστος της διαδικασίας.....                | 54 |
| 4.5.5 Η αποτυχία της εξωσωματικής.....                           | 54 |
| 4.5.6 Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.....              | 56 |
| 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....   | 72 |
| 6. Περιορισμοί και Προτάσεις.....                                | 79 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....  | 81 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....   | 94 |

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα επηρεάζει περίπου το 15% των ζευγαριών παγκοσμίως. Ποσοστό που ανέρχονται σε 48,5 εκατομμύρια ζευγάρια (Agarwal et al., 2015). Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης, πως το 20-30% των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται σε ανδρικό παράγοντα. Στον Ελλαδικό χώρο, παρόλο που δεν υπάρχουν πλήρεις επιδημιολογικές έρευνες, μέχρι το 2002, καταγράφονται 300.000 υπογόνιμα ζευγάρια (Λάϊνας, 2002). Οι Καρέλα & Βάρβογλη (2008) επεσήμαναν ότι η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην υπογονιμότητα.

Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από ένα έτος σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία (Purvis και Christianen, 1992, Greil et al., 2010). Η σύλληψη συνήθως επιτυγχάνεται εντός 12 μηνών στο 80 έως 85% των ζευγαριών χωρίς χρήση αντισυλληπτικών μέτρων. Αυτό συνεπάγεται πως ένα ποσοστό 15% των ζευγαριών που προσπαθούν για πρώτη φορά να τεκνοποιήσουν, μπορεί να βιώνουν δυσκολία στη σύλληψη, γεγονός που πιθανά προκαλεί συναισθηματικές διαταραχές.

Οι τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υπάρχουν περισσότερο από 40 χρόνια και εκτιμάται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει βοηθήσει, μέχρι στιγμής, περισσότερα από 8 εκατομμύρια άτομα να τεκνοποιήσουν (Calhaz-Jorge et al., 2020). Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ο αριθμός των κύκλων υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στον ελλαδικό χώρο ανερχόταν το 2013 στο 32,2%.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τις εμπειρίες των ανδρών με την υπογονιμότητα αλλά και με τις παρεμβάσεις στην διαδικασία της αναπαραγωγής είναι εξαιρετικά λίγες. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό ως επέκταση της γενικής έλλειψης ακαδημαϊκής εργασίας σχετικά με την έννοια της πατρότητας για τους άνδρες (Throsby & Gill, 2004). Ακόμη, υπάρχει η λανθασμένη υπόθεση πως στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων, το ζήτημα της υπογονιμότητας αφορά την γυναίκα, η οποία ενθαρρύνεται από το γεγονός ότι, ακόμη και στην περίπτωση που ο άνδρας αντιμετωπίζει το πρόβλημα της γονιμότητας, η γυναίκα είναι το επίκεντρο της θεραπευτικής παρέμβασης. Σύμφωνα με το Κονας και τους συνεργάτες του (2013), το πρόβλημα της υπογονιμότητας στα ζευγάρια έγκειται στους άνδρες συντρόφους σε αναλογία 50%.

Το ζήτημα της υπογονιμότητας στους άνδρες είναι ένα φαινόμενο που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και που ποικίλει σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά τις παραμέτρους και

τις διαταραχές που περιλαμβάνει. Για πολλούς άνδρες, η υπογονιμότητα δεν έχει γνωστά παθολογικά αιτία (ιδιοπαθή) και μπορεί να είναι κληρονομική ή επίκτητη. Η υπογονιμότητα στους άνδρες μπορεί να διαγνωστεί αρχικά με ανάλυση σπέρματος (Poongothai et al., 2009). Γίνονται εξετάσεις βιοχημικές, ανοσολογικές και μικροβιολογικές. Έμφαση δίνεται στον αριθμό, στην κινητικότητα και τη μορφολογία των σπερματοζωαρίων.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η υπογονιμότητα αυξάνει τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Domar et al., 2000, Harlow, 1996, Καρέλα & Βάρβογλη, 2008, Kee et al., 2000, Wichman et al., 2011). Η διάγνωση της υπογονιμότητας πολλές φορές, φέρνει αντιμέτωπους τους άνδρες με ζητήματα αρρενωπότητας και με την ανδρική τους ταυτότητα αξιολογώντας τους εαυτούς τους ως σεξουαλικά ανεπαρκείς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσφορικά συναισθήματα. Οι άνδρες, με τη σειρά τους, προσδιορίζουν τη στειρότητα τους με σεξουαλική αναπηρία που έντονα επηρεάζει την αυτοεκτίμησή τους (Ευθυμίου & Περδικάρη, 2013). Άλλες έρευνες καταδεικνύουν πως η υπογονιμότητα προκαλεί συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Carter et al., 2011, Gao et al., 2013) και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (Fairweather-Schmidt et al. 2014).

Οι μεγάλες απαιτήσεις και οι προσδοκίες που δημιουργούν τα υπογόνιμα άτομα απέναντι στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τους κατακλύζουν από έντονα αισθήματα άγχους και αγωνίας. Επομένως, ενώ τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι γενικά καλά προσαρμοσμένα, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αμέσως πριν από την έναρξη της εξωσωματικής γονιμοποίησης, το ζευγάρι που υποβλήθηκε στην διαδικασία αρχίζει να αντιμετωπίζει συναισθηματικά προβλήματα (Κακατσάκη κ.ά., 2004, Malina & Pooley, 2017).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική επισκόπηση γίνεται αντιληπτό πως δεν υπάρχουν αρκετές ποιοτικές μελέτες που να εξετάζουν την εμπειρία των ανδρών που βιώνουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ειδικά στον ελλαδικό χώρο, τα ποιοτικά ευρήματα είναι περιορισμένα. Η Schmidt (2009) επισημαίνει την αναγκαιότητα για μεγαλύτερη εστίαση στις συνέπειες της εξωσωματικής γονιμοποίησης μεταξύ ανδρών.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο τρόπος που βιώνουν οι άνδρες που είτε έχουν διαγνωστεί οι ίδιοι, είτε οι σύζυγοί τους, με υπογονιμότητα και βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης, καθώς επίσης και οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι τυχόν αντιλήψεις που έχουν για το εξεταζόμενο ζήτημα και πιθανές

αλλαγές που βιώνουν στην ζωή και στην καθημερινότητά τους . Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται οι επιδράσεις που έχει η εξωσωματική γονιμοποίηση στους άνδρες, η ψυχοσυναισθηματική τους εμπειρία, η απόφαση τους για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η επίδραση της διάγνωσης και της θεραπείας, καθώς επίσης και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν κατά την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

## **2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **2.1 Αίτια Υπογονιμότητας**

#### **2.1.1 Δυσλειτουργίες Αναπαραγωγικού Συστήματος**

Σε μερικές περιπτώσεις, η ανδρική υπογονιμότητα οφείλεται σε ανωμαλίες ανατομικού επιπέδου όπως κιρσοκήλες, αποφρακτικοί πόροι ή διαταραχές εκσπερμάτισης. Ακόμη, υπολογίζεται ότι το 40 έως 90% της ανδρικής υπογονιμότητας οφείλεται σε ανεπαρκή παραγωγή σπέρματος αόριστης προέλευσης (Sinclair, 2000). Ένα μεγάλο ποσοστό στείρων ανδρών αποτυγχάνει να γονιμοποιήσει τη γυναίκα τους λόγω έλλειψης σπέρματος (αζωοσπερμία) ή πολύ λίγο σπέρμα (ολιγοζωοσπερμία). Η υπογονιμότητα μπορεί επίσης, να οφείλεται σε ανώμαλη μορφολογία σπέρματος (τερατοζωοσπερμία) και ανεπαρκή κινητικότητα σπέρματος (ασθενοσπερμία) (Feng, 2003). Άλλοι παράγοντες της υπογονιμότητας μπορεί να είναι η ασπερμία η οποία χαρακτηρίζεται από απουσία σπερματοζωαρίων, η νεκροσπερμία στην οποία παρατηρείται η παρουσία μη ζωντανών σπερματοζωαρίων, η αιματοσπερμία η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων στα σπερματοζωάρια, η πυοσπερμία η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη παρουσία λευκών αιμοσφαιρίων στα σπερματοζωάρια και η πολυζωοσπερμία η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλο πλήθος σπερματοζωαρίων στο σπέρμα (Colaco & Modi, 2018, Σαρίδη & Γεωργιάδη, 2010).

### **2.1.2 Οιστρογόνα**

Τα οιστρογόνα είναι συνυφασμένα με το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα, ωστόσο, οιστρογόνα παρατηρούμε και στην βιολογία των ανδρών όπου είναι αποδεδειγμένο πως εμπλέκονται στις αναπαραγωγικές τους λειτουργίες. Η υψηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στους άνδρες επιφέρει διάφορα ζητήματα, όπως είναι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Μελέτες έχουν δείξει πως κάποιες βλάβες στους όρχεις και δυσλειτουργία στην σπερματογένεση οφείλονται στην αυξημένη ύπαρξη οιστρογόνων. Ο Assinder συν άλλοι (2007), σε μελέτη που έκαναν σε αρουραίους, διαπίστωσαν τον θάνατο των γενετικών κυττάρων όταν χορήγησαν οιστρογόνα. Ακόμη, τα εξωγενή οιστρογόνα επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου αναστέλλοντας την ανάπτυξη των κυττάρων Sertoli, τα οποία προσδιορίζουν τη δια βίου ικανότητα παραγωγής σπέρματος (Sinclair, 2000).

### **2.1.3 Μόλυνση**

Μέσα από την ιατρική βιβλιογραφία καταγράφεται ότι η ευαισθησία του ουροποιητικού συστήματος των ανδρών και η ύπαρξη μολύνσεων σε αυτό, δρουν κατά της ικανότητας της ανδρικής αναπαραγωγής. Λοιμώξεις όπως η σπερματοκίλη, ο προστάτης και οι κυστίτιδες είναι οι σημαντικότερες αυτών. Η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλές περιπτώσεις στειρότητας (Purvis and Christiansen, 1993).

Ποικίλοι ιοί και βακτήρια είναι επίσης, υπεύθυνοι για μολύνσεις στο ουροποιητικό και το αναπαραγωγικό σύστημα των ανδρών. Για παράδειγμα, οι γλαμυδιακές λοιμώξεις σχετίζονται με την υπογονιμότητα καθώς επιδρούν στους όρχεις προκαλώντας βλάβη στην λειτουργία του σπέρματος (Cengiz et al., 1997). Ωστόσο, οι περισσότερες λοιμώξεις επειδή είναι δύσκολο να ανιχνευτούν δεν είναι γνωστό σε τι ποσοστό επηρεάζουν την γονιμότητα.

### **2.1.4 Κιρσοκήλη**

Οι μελετητές κάνουν λόγο και για την επίδραση της κιρσοκήλης στην ανδρική υπογονιμότητα (Poongothai, et al., 2009). Αποτελεί μια ανώμαλη διαστολή των εσωτερικών σπερματοζωαρίων που προκαλούνται από ανεπαρκείς φλεβικές βαλβίδες, που οδηγούν σε

παλινδρόμηση και στάση του φλεβικού αίματος (Neto et al., 2016). Η πάθηση αυτή συνήθως είναι ασυμπτωματική. Η κίρσοκήλη μπορεί να βρεθεί στο 15% όλων των ενηλίκων ανδρών, στο 35% των στείρων ανδρών και στο 70-80% των ανδρών με δευτερογενή στειρότητα. Σε μια ευρωπαϊκή μελέτη βρέθηκε ότι η κίρσοκήλη επηρεάζει το 16,6% των ανδρών που αναφέρονται για τη στειρότητα (Kantartzi et al., 2007). Ένας πιθανός λόγος για τη σύνδεση της κίρσοκήλης με τη στειρότητα είναι το γεγονός ότι εμφανίζεται 2-3 φορές πιο συχνά σε άνδρες που παρακολουθούνται σε κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σε σύγκριση με τους άνδρες του γενικού πληθυσμού ή της αποδεδειγμένης γονιμότητας.

### **2.1.5 Διαβήτης**

Άλλη μια πάθηση που φαίνεται να επηρεάζει την υπογονιμότητα, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, είναι ο διαβήτης. Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί βλάβη σε διάφορα όργανα και συστήματα, συμπεριλαμβανομένων των όρχεων (Neto et al., 2016). Οι μελετητές ανέδειξαν ότι οι άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I φαίνεται να έχουν λιγότερους απογόνους σε σύγκριση με τους συγγενείς τους, για παράδειγμα τα αδέρφια τους, που δεν έχουν διαγνωστεί με διαβήτη (Wiebe et al., 2014) και πως οι διαβητικοί άνδρες εμφανίζουν υπογονιμότητα κατά 35% έως 51% (La Vignera et al., 2009). Επιπλέον, οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II είναι πιθανόν να εκδηλώσουν δευτερογενή υπογοναδισμό εξ αιτίας της αντίστασης στην ινσουλίνη. Για τον λόγο αυτό, το κλινικό πρωτόκολλο για τον διαβήτη τύπου II, περιλαμβάνει τον έλεγχο των επιπέδων της τεστοστερόνης.

### **2.1.6 Βαρέα Μέταλλα**

Η έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους θεωρείται σημαντικός παράγοντας επιμόλυνσης σε διάφορους τομείς. Οι άνθρωποι βρίσκονται καθημερινά εκτεθειμένοι σε βαρέα μέταλλα μέσω τροφής, αέρα ή πρόληψη μολυσμένου νερού. Έρευνες δείχνουν πως τα βαρέα μέταλλα συμβάλλουν αρνητικά στην γονιμότητα των ανδρών. Ο Sukhn και οι συνεργάτες του (2018), διαπίστωσαν πως ο μόλυβδος, το κάδμιο, το αρσενικό, ο υδράργυρος και το ουράνιο επηρεάζουν την ανάπτυξη και την βιωσιμότητα του

σπέρματος. Ακόμη, παρατήρησαν πως τα άτομα με χαμηλή ποιότητα σπέρματος είχαν μεγαλύτερα ποσοστά συγκέντρωσης βαρίου (Ba) σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν φυσιολογική ποιότητα σπέρματος. Άλλοι ερευνητές παρατηρούν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετάλλων του μολύβδου και του καδμίου στην ανδρική υπογονιμότητα και πιο συγκεκριμένα, στην μείωση της ποιότητας του σπέρματος (Benoff, 2000, Telisman et al. 2000).

## 2.2 Ο Τρόπος ζωής και η ανδρική υπογονιμότητα

### 2.2.1 Κάπνισμα

Παρόλο που αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα για τους ερευνητές η σχέση καπνίσματος και γονιμότητας, το κάπνισμα συνδέεται ως ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου με την υπογονιμότητα των ανδρών. Συγκεκριμένα, έχει συσχετιστεί με μειωμένο αριθμό σπέρματος, μεταβολές στην κινητικότητα και συνολικά αύξηση του αριθμού των μη φυσιολογικών σπερματοζωαρίων (Kulikauskas et al., 1985, “Smoking and Infertility”, 2004). Ο Kunzle συν άλλοι (2003), σε έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ καπνιζόντων και μη καπνιστών, ανέδειξαν πως το κάπνισμα επηρεάζει την δραστηριότητα και την δομή του σπερματοζωαρίου σε μεγάλο βαθμό. Ενώ άλλες έρευνες, βρήκαν ελάχιστη συσχέτιση ή καθόλου στην επιρροή του καπνού στους άνδρες με δυσκολία τεκνοποίησης, είτε αφορούσε την μορφολογία του σπέρματος είτε την ποιότητά του (Dikshit et al., 1987, Povey et al., 2012)

Άλλη μια παράμετρος του καπνίσματος ως επιρροή στην υπογονιμότητα είναι και η συσχέτιση με τα αποτελέσματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έρευνες αναφέρουν πως τα ποσοστά αποτυχίας κατά την διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι αυξημένα στην περίπτωση των γυναικών που καπνίζουν (Wright et al., 2006, Fuentes et al., 2010) ενώ τα ευρήματα για τους άνδρες καπνιστές συνδέονται θετικά όταν πριν την έναρξη των διαδικασιών για την εξωσωματική γονιμοποίηση έχει προηγηθεί η διακοπή του καπνίσματος (Vanegas et al., 2017). Άλλες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως και το ανδρικό κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά τα ποσοστά επιτυχίας της τεχνικής και εξωσωματικής γονιμοποίησης (Fuentes et al., 2010, Kovac et al., 2015).



Παρόλο που υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για το αν τελικά το κάπνισμα επιδρά στην υπογονιμότητα των ανδρών, συνίσταται η διακοπή του και ειδικά στα άτομα που φιλοδοξούν να τεκνοποιήσουν.

### **2.2.2 Αλκοόλ**

Η πρόσληψη αλκοόλ φαίνεται πως αποτελεί ακόμη έναν επιζήμιο παράγοντα για την γονιμότητα. Ο Li και οι συνεργάτες του (2011), ανέφεραν πως η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με χαμηλό όγκο σπέρματος. Επίσης, από την κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζεται και η μορφολογία του σπέρματος, σύμφωνα με άλλες αναλύσεις που έχουν πραγματοποιηθεί. Οι μελετητές διαπίστωσαν πως η δραστηριότητα και η δομή των σπερματοζωαρίων ζημιώνεται από την μέτρια έκθεση στον αλκοόλ. Σε άλλη επιστημονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ ανδρών που κατανάλωναν αλκοόλ και ανδρών που δεν έπιναν, φάνηκε πως όσοι έκαναν έντονη χρήση αλκοόλ είχαν σταματήσει να παράγουν ώριμο σπέρμα (Pajarinen & Karhunen 1994). Επιπλέον, οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τερατοζωοσπερμία, ολιγοσπερμία και αζωοσπερμία συνδέονται με την προοδευτικά αυξανόμενη κατανάλωση αλκοόλ.

### **2.2.3 Ναρκωτικά**

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως η μαριχουάνα, η κοκαΐνη, η μεθαμφεταμίνη και τα αναβολικά έχουν κατηγορηθεί πως επηρεάζουν αρνητικά το αναπαραγωγικό σύστημα των ανδρών. Πιο συγκεκριμένα, έχουν γίνει αναφορές πως τα ναρκωτικά ζημιώνουν τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-όρχεων και την δράση του σπέρματος (Fronczak et al., 2011). Επιπλέον, η χρήση μαριχουάνας έχει βρεθεί πως μειώνει τον συνολικό αριθμό σπέρματος, εφόσον η χρήση γίνεται παραπάνω από μια φορά την εβδομάδα. Εάν συνδυαστεί με άλλες ναρκωτικές ουσίες, τότε φαίνεται πως ο αριθμός σπερματοζωαρίων μειώνεται κατά το ήμισυ (Gundersen et al., 2015).

Παρόλο που τα οπιούχα χρησιμοποιούνται στην κλασική και σύγχρονη ιατρική ως αναλγητικά φάρμακα, έχουν συνδεθεί με ανεπάρκεια της δράσης των όρχεων και μείωση της τεστοστερόνης. Οι μελετητές διαπίστωσαν πως η χρόνια χρήση οπιούχων προκαλεί υπογοναδισμό εξ αιτίας της καταστολής της γοναδοτροπίνης ορμόνης (Katz & Mazer,

2009). Εκτός από την στειρότητα στους άνδρες, τα οπιούχα συμβάλλουν και στην καταστολή της σεξουαλικής τους επιθυμίας.

Η κοκαΐνη αποτελεί μια ουσία, η οποία χαρακτηρίζεται από την ισχυρή εθιστική της δράση και το γεγονός ότι διεγείρει πολύ γρήγορα τον οργανισμό. Οι μελετητές έχουν παρατηρήσει πως η συστηματική και συνεχής χρήση της συμβάλλει αρνητικά στην δομή, στην δραστηριότητα και στην φύση του σπέρματος. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αρσενικούς αρουραίους χορηγώντας τους κοκαΐνη για μεγάλα χρονικά διαστήματα, διαπιστώθηκε πως μετά το ζευγάρωμα, τα ποσοστά εγκυμοσύνης ήταν σημαντικά χαμηλότερα συγκριτικά με όσους αρουραίους δεν είχαν εκτεθεί στην συγκεκριμένη ουσία (George et al., 1996). Είτε η χρήση της κοκαΐνης πραγματοποιείται για μικρά χρονικά διαστήματα είτε για μεγαλύτερα, φαίνεται πως η επιρροή στην σπερματογένεση και στην αρχιτεκτονική στους όρχεις είναι αρνητική.

Στα αναβολικά και τα στεροειδή (AAS) συγκαταλέγεται και η τεστοστερόνη. Η χρήση αναβολικών σκευασμάτων οδηγεί σε υπογοναδισμό με απώτερη συνέπεια την μερική ή ολική παύση της σπερματογένεσης. Ως εκ τούτου, η олиγοσπερμία ή η αζωοσπερμία θεωρείται μια αυτονόητη και φυσική συνέπεια στην αρσενική υπογονιμότητα. Οι πιο συχνές περιπτώσεις που παρατηρείται έντονη αζωοσπερμία είναι στους αθλητές, οι οποίοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αναβολικών και στεροειδών για να αυξήσουν την σωματική τους απόδοση και διάπλαση. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της χρήσης των αναβολικών και από τους έφηβους με τις αντίστοιχες συνέπειες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα. Επιπλέον, η υπερβολική χρήση στεροειδών αυξάνουν τις πιθανότητες για ατροφία των όρχεων, για στυτική δυσλειτουργία και πτώση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι τα στεροειδή προκαλούν μονιμότερες βλάβες στη γονιμότητα των ανδρών και ως εκ τούτου, η χρήση τους πρέπει να αποθαρρύνεται σε κάθε περίπτωση (De Souza & Hallak, 2011).

#### **2.2.4 Παχυσαρκία**

Η παχυσαρκία στους άνδρες που βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής έχει αυξηθεί σε τριπλάσιο βαθμό τα τελευταία έτη. Οι άνδρες που θεωρούνται υπέρβαροι ή παχύσαρκοι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο υπογονιμότητας και περιορισμένη ποιότητα σπέρματος. Σύμφωνα με τον Katib (2015), οι υπογόνιμοι άνδρες έχουν σημαντικά

υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από τον γενικό πληθυσμό. Τόσο ο χαμηλός όσο και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, έχει συσχετιστεί με βλάβη της σπερματογένεσης. Η παχυσαρκία μπορεί να συμβάλλει σε αυτήν την τάση, καθώς επηρεάζει αρνητικά την αναπαραγωγική λειτουργία μέσω πολλών μηχανισμών, όπως ορμονικές διαταραχές, αυξημένα επίπεδα φλεγμονών και αυξημένη θερμότητα όρχεων, η οποία αθροιστικά μπορεί να έχει σημαντικές και επιζήμιες επιδράσεις στη σπερματογένεση (Kahn & Brannigan, 2017).

Σε μια μελέτη με δείγμα παχύσαρκους άνδρες σημειώθηκε αυξημένη πιθανότητα οι παχύσαρκοι άνδρες να εμφανίσουν υπογονιμότητα καθώς επίσης και σημαντικά μειωμένο ποσοστό επίτευξης και ολοκλήρωσης ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης (Campbell et al., 2015). Σε μια μετα-ανάλυση συμπεράναν ότι η αυξημένη εμφάνιση και η εξάπλωση της ολιγοζωοσπερμίας ή αζωοσπερμίας ήταν συνδεδεμένη με την παχυσαρκία (Sermondade et al., 2012).

Ωστόσο, ο MacDonald και οι συνεργάτες του (2013), στην έρευνα τους που περιελάμβανε ένα μικρό ποσοστό παχύσαρκων ανδρών διαπίστωσαν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι άνδρες δεν είχαν σημαντικά ποσοστά επικινδυνότητας που να παραπέμπουν σε ανωμαλίες των σπερματικών συντελεστών. Όμως, υπήρχε σύνδεση μεταξύ αύξηση λίπους και μείωση τεστοστερόνης. Η γενική παραδοχή είναι ότι η απώλεια βάρους και επομένως τα χαμηλά επίπεδα λίπους, βελτιώνουν τους παραμέτρους του σπέρματος, αλλά αυτό δεν ισχύει για όλους.

### **2.2.5 Ψυχολογικό άγχος**

Το άγχος έχει αποδειχτεί ότι επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό σε φυσιολογικό, βιοχημικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει παρατηρηθεί πως οι ψυχολογικές διακυμάνσεις του άγχους επιδρούν στο αρσενικό αναπαραγωγικό σύστημα και συμβάλλουν αρνητικά στην γονιμοποίηση. Μία μελέτη που εξέτασε τις συνέπειες του ψυχολογικού στρες στα στείρα ζευγάρια, επικεντρώθηκε στις αναπαραγωγικές ορμόνες και την ποιότητα του σπέρματος στον άνδρα. Οι μελετητές διαπίστωσαν πως στους άνδρες με υψηλό στρες τα επίπεδα τεστοστερόνης και οι ορμόνες FSH και LH ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με τους άνδρες που δεν είχαν τόσο υψηλό στρες. Επιπλέον ευρήματα κατέδειξαν πως το πλήθος, η δραστηριότητα και η κανονική

δομή του σπέρματος ήταν μειωμένα στους άνδρες με υψηλό δείκτη άγχους (Bhongade et al., 2014).

Από τα συμπεράσματα μιας μετα-ανάλυσης αναδείχθηκε πως το ψυχολογικό στρες έχει την δυνατότητα να περιορίσει τον αριθμό των σπερματοζωαρίων και την διαδοχική δραστηριότητά τους και να αυξήσει το σπερματικό υγρό με ανώμαλη μορφολογία (Li et al., 2011). Άλλες μελέτες έχουν συσχετίσει το ψυχολογικό στρες που πηγάζει από την επαγγελματική και κοινωνική ζωή των ανδρών ή από διάφορα αγχωτικά γεγονότα ζωής (οικονομικές δυσκολίες, απώλεια εργασίας ή αγαπημένου προσώπου, σοβαρή ασθένεια) με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα του σπέρματος ( Gollenberg et al., 2010 & Janevic et al., 2014, Jurewicz et al., 2013).

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως το ψυχολογικό άγχος υπάρχει πιθανότητα να είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας που επηρεάζει την ανδρική υπογονιμότητα.

### **2.2.6 Προχωρημένη πατρική ηλικία**

Ο προγραμματισμός για την δημιουργία οικογένειας ξεκινά συχνά μετά την καταστάλαξη της επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα ζευγάρια να γίνονται γονείς σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία. Παρόλο που δεν υπάρχει μια επίσημη και παγκόσμια τοποθέτηση σχετικά με το ποιο είναι το προχωρημένο όριο ηλικίας για τους άνδρες, οι ΗΠΑ έχουν ορίσει ως την μέση πατρική ηλικία στα 30,9 έτη (Khandwala et al., 2017). Από το 1980, το ποσοστό τεκνοποίησης για τους άνδρες στα 30 τους έχει αυξηθεί κατά 21% και για τους άνδρες ηλικίας  $\geq 40$  ετών, το ποσοστό αυξήθηκε σχεδόν κατά 30%. Αντίθετα, το ποσοστό τεκνοποίησης σε άνδρες κάτω των 30 ετών έχει μειωθεί κατά 15% (Harris et al., 2011). Εάν αναλογιστούμε επίσης, πως το ποσοστό των γυναικών που τεκνοποιούν από την ηλικία των 35 ετών και άνω ανέρχεται στο 60%, τότε είναι εύκολο να κατανοηθεί η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της μείωσης της αυτόματης γονιμοποίησης και της αύξησης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι μελετητές, μέσα από την ερευνητική τους πορεία, συμπεραίνουν πως η ικανότητα γονιμοποίησης των ανδρών μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία τους, το οποίο οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες όπως είναι ο όγκος ή/ και η ποιότητα της σπερματογένεσης (Feki et al., 2009, Ford et al., 2000, Geoffroy-Siraudin et al., 2012, Gunes et al., 2016, Johnson et al., 2015, Jørgensen et al., 2011, Molina et al., 2010, Mukhopadhyay et al., 2010, Plas et al., 2000 & Sasano & Ichijo, 1969). Επιπλέον συγγραφείς συνδέουν την

προχωρημένη πατρική ηλικία με μειωμένα επίπεδα αναπαραγωγικής επιτυχίας είτε πρόκειται για φυσική γονιμοποίηση (Dunson et al., 2004, Ford et al., 2000, Rochebrochard & Thonneau, 2003) είτε με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Aboulghar et al., 2007, Klonoff-Cohen, H. S., & Natarajan, L., 2004, Luna et al., 2009). Τέλος, η προχωρημένη πατρική ηλικία έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά αυθόρμητων αποβολών ανεξάρτητα από τη μητρική ηλικία (Belloc et al., 2014).

Συνεπώς, γίνεται κατανοητό πως η πεποίθηση ότι η ηλικία των ανδρών δεν επηρεάζει σημαντικά την γονιμοποίηση του ζευγαριού είναι αναληθής.

### **2.2.7 Άλλοι παράγοντες κινδύνου για τον τρόπο ζωής**

Η ποδηλασία ως άθλημα συνδέεται με αυξημένη παραγωγή θερμότητας όρχεων και φλεγμονών από την τριβή με την σέλα (Hajizadeh & Tartibian, 2014). Η ιππασία είναι ένα ακόμη άθλημα που έχει συνδεθεί με την στειρότητα. Είναι συχνό φαινόμενο οι ιππείς να αποκτούν τραύματα στους όρχεις από την έντονη ιππασία.

Κάποιες έρευνες συνδέουν την υπογονιμότητα με την απώλεια ύπνου. Τα ευρήματα αυτών των ερευνών έδειξαν πως η ποσότητα του σπέρματος ήταν χαμηλότερη σε όσους είχαν δυσκολία στον ύπνο (Viganò et al., 2017). Ακόμη, οι διαταραχές στον ύπνο φαίνεται πως επιδρούν στη δραστηριότητα του σπέρματος.

Η συνεχής χρήση ηλεκτρονικών συσκευών συμβάλλει επίσης στην κακή υγιεινή του ύπνου. Η έκθεση σε ακτινοβολία ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων ραδιοσυχνοτήτων που εκπέμπεται από τη χρήση κινητού τηλεφώνου θα μπορούσε ενδεχομένως να έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι η έκθεση στο κινητό τηλέφωνο σχετίζεται με μειωμένη κινητικότητα και βιωσιμότητα του σπέρματος (Agarwal et al., 2008).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Σκανδιναβία διαπιστώθηκε εξασθένηση του πλήθους των σπερματοζωαρίων και της δραστηριότητάς τους αφού οι συμμετέχοντες έκαναν χρήση σάουνας σε διάστημα τριών μηνών (Garolla et al., 2013).

## **2.3 Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας - Εξωσωματική γονιμοποίηση**

Η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει βοηθήσει πολλά ζευγάρια να γίνουν γονείς, γεγονός που καταδεικνύεται από τις γεννήσεις οι οποίες αθροίζονται πάνω από 3 εκατομμύρια. Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης συνιστά την γονιμοποίηση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου έξω από το γυναικείο σώμα, αρχικά με την συλλογή των ωαρίων και των σπερματοζωαρίων, την καλλιέργειά τους και στην συνέχεια, αφού έχει γονιμοποιηθεί το ωάριο, ακολουθεί η εμβρυομεταφορά στην μήτρα της γυναίκας και η εμφύτευση των εμβρύων στο ενδομήτριο της μητέρας.

Η ικανότητα γονιμοποίησης των ωαρίων *in vitro* (IVF) επέτρεψε να σημειωθούν σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στη γονιμοποίηση και την πρόιμη ανάπτυξη και η εξωσωματική γονιμοποίηση υποστηρίζει την αναπαραγωγική βιοτεχνολογία σε ζώα και σε ανθρώπους (Λαϊνάς, 2002).

Πλέον, η *in vitro* γονιμοποίηση είναι μια καθιερωμένη τεχνολογία με μια ποικιλία εφαρμογών σε βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες. Η τεχνολογία υποστηρίζει την παραγωγή εμβρύων που χρησιμοποιούνται για ερευνητικές μελέτες, για τη θεραπεία της ανθρώπινης στειρότητας, για βελτίωση της παραγωγικότητας των ζώων και για διατήρηση των απειλούμενων θηλαστικών.

Σήμερα, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία είναι διαθέσιμη σε ολόκληρο τον πολιτισμένο κόσμο και η πρακτική είναι σε μεγάλο βαθμό διαφορετική από αυτήν που χρησιμοποιήθηκε κατά τις πρώτες μέρες. Οι βελτιώσεις στην εργαστηριακή τεχνολογία και την κλινική πρακτική επέτρεψαν στην εξωσωματική γονιμοποίηση να εξελιχθεί σε μια ιατρική διαδικασία που να είναι αποτελεσματική, ασφαλής, εύκολα προσβάσιμη και σχετικά προσιτή.

## **2.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών απέναντι στην υπογονιμότητα**

Ενώ η υπογονιμότητα είχε ήδη καθιερωθεί ως υποείδος στο πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, ο όρος ανδρολογία εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1951 για να τραβήξει την προσοχή στην ίση σημασία των γυναικών και των ανδρών στην αναπαραγωγή

(Schirren, 1985). Μέχρι τη δεκαετία του 1980, οι γιατροί και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας πίστευαν ότι η ιδιοπαθής υπογονιμότητα επηρέαζε ψυχολογικά αποκλειστικά τις γυναίκες (Stanton et al., 2002). Οι περισσότερες μελέτες έχουν διεξαχθεί είτε από κοινού σε ζευγάρια χωρίς να κάνουν κάποια διάκριση στο φύλο είτε εστιάζουν περισσότερο στις γυναίκες.

Παρόλο που υπάρχουν αναφορές πως οι άνδρες διαταράσσονται λιγότερο συναισθηματικά, ο Nachtigall et al. (1992), έχει διαπιστωθεί πως και οι άνδρες και οι γυναίκες είχαν τα ίδια επίπεδα δυσaréσκειας όταν το πρόβλημα της υπογονιμότητας αφορούσε τους άνδρες. Αναγνωρίζεται επίσης, ότι ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες βιώνουν ιατρικές και ψυχολογικές περιστάσεις που σχετίζονται με τη στειρότητα μπορεί να ποικίλλει με βάση βιολογικούς, πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Deka & Sarma, 2010, Nakamura et al. 2008). Ως εκ τούτου, αρκετά άρθρα δημοσιεύονται με τον ειδικό σκοπό να ζητηθεί μεγαλύτερη αναγνώριση και εστίαση στην ανδρική εμπειρία της στειρότητας (Inhorn & Patrizio, 2015, Joja et al., 2015, Petok, 2015). Παράλληλα, το πεδίο της ψυχολογίας της αναπαραγωγικής υγείας απομακρύνεται όλο και περισσότερο από την πεποίθηση ότι το άγχος της στειρότητας επηρεάζει κυρίως τις γυναίκες προς την πεποίθηση ότι η στειρότητα δημιουργεί στρες που μοιράζεται το ζευγάρι, ακόμη και όταν η αιτία αποδίδεται σε ένα μόνο από τα μέλη του (Johnson & Johnson, 2009).

Η πρώτη αντίδραση στη διάγνωση της υπογονιμότητας είναι συνήθως δυσπιστία ή ακόμη και άρνηση. Τα ζευγάρια τείνουν να βιώνουν φόβο, θλίψη, καχυποψία και εχθρότητα ως αντίδραση στη διάγνωση της στειρότητας. Άντρες και γυναίκες που διαγιγνώσκονται με θέματα υπογονιμότητας τείνουν να αισθάνονται ένοχοι πως δεν ικανοποιούν τις ανάγκες του συντρόφου τους, γεγονός που μπορεί να επιδεινώνει την διάθεσή τους. Τα δυσφορικά συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης πρωταγωνιστούν στις περιπτώσεις των υπογόνιμων ανδρών σε σύγκριση με τους γόνιμους άνδρες (Drosdzol et al., 2009, Dyer et al., 2009). Επιπλέον, η διάγνωση της υπογονιμότητας πολλές φορές, φέρνει αντιμέτωπους τους άνδρες με ζητήματα που αφορούν την ανδρική τους ταυτότητα αξιολογώντας τους εαυτούς τους ως ανεπαρκείς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσάρεστα συναισθήματα. Οι άνδρες, με τη σειρά τους, προσδιορίζουν τη στειρότητα τους με σεξουαλική αναπηρία που έντονα επηρεάζει την αυτοεκτίμησή τους (Ευθυμίου & Περδικάρη, 2013). Ο Mikkelsen et al., (2012) ανέφεραν πως η διάγνωση της μειωμένης ποιότητας σπέρματος επηρέασε αρνητικά το 28% του δείγματος αναφορικά με τις αντιλήψεις περί ανδρισμού. Άλλες μελέτες υποδηλώνουν την ύπαρξη σεξουαλικών

προβλημάτων στους υπογόνιμους άνδρες (Gao et al., 2013, Jain et al., 2000, Lotti et al., 2012, Shindel et al., 2008).

Οι αποτυχίες στη σύλληψη ενός παιδιού σχετίζονται με αυξημένο επίπεδο άγχους, κατάθλιψης και συναισθήματα ανικανότητας και ανησυχίας. Οι Fairweather-Schmidt et al. (2014) παρατήρησαν ότι η υπογονιμότητα δημιουργούσε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ζωής και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους υπογόνιμους άνδρες αλλά όχι στις γυναίκες ή στους άνδρες χωρίς ζητήματα υπογονιμότητας. Επιπλέον, οι Huijts et al. (2011) βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της έλλειψης παιδιών και της φτωχότερης ψυχολογικής ευημερίας για τους άνδρες αλλά όχι για τις γυναίκες. Ακόμη, οι υπογόνιμοι άντρες φαίνεται πως έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, υψηλότερο άγχος και εμφανίζουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα από τους γόνιμους άντρες. Στην έρευνα των Gao et al., (2013) διαπιστώθηκε πως το 38% των συμμετεχόντων είχε συμπτώματα άγχους και το 15% συμπτώματα κατάθλιψης. Ως εκ τούτου, φαίνεται πως η υπογονιμότητα σε πολλές περιπτώσεις προκαλεί περισσότερες επιβλαβείς ψυχολογικές επιπτώσεις για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες.

Σε πολιτισμούς όπου η πατρότητα είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την αρρενωπότητα, η ενδεχόμενη περίπτωση ατεκνίας ελλοχεύει έναν έντονα κοινωνικό στιγματισμό με ανάλογα ψυχολογικά συμπτώματα (Arya & Dibb, 2016, Inhorn, 2004, Wischmann & Thom, 2013). Σε έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν διαπιστώθηκε πως τα επίπεδα κατάθλιψης (43%) είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τις δυτικές χώρες (Ahmadi et al., 2011), όπως στην περίπτωση της Σουηδίας, όπου σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε υπογόνιμα ζευγάρια διαπιστώθηκε πως το 5,1% των ανδρών είχε μείζονα κατάθλιψη (Volgsten et al., 2008). Συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού στιγματισμού και αυξημένου άγχους έχει αναφερθεί και σε μελέτες με υπογόνιμες γυναίκες (Dudgeon & Inhorn, 2003) γεγονός που καταδεικνύει πως τέτοιου είδους δυσμενείς συμπεριφορές αποτελούν ένα ευρύτερο κοινωνικό φαινόμενο, ανεξαρτήτου φύλου.

Επιπλέον, η μη υποστηρικτική αντιμετώπιση των υπογόνιμων ατόμων από τα σημαντικά για εκείνα άτομα, είναι δυνατόν να επιδεινώσει την συναισθηματική τους δυσφορία. Οι Noorbala et al. (2008) διαπίστωσαν πως τα σχόλια των οικογενειών σχετικά με την στειρότητα αποτέλεσαν την θεμελιώδη αιτία της κατάθλιψης για το 81,3% των ζευγαριών. Η εσωστρέφεια και η εσωτερίκευση των συναισθημάτων είναι πιθανώς, ο μεγαλύτερος παράγοντας που διαφοροποιεί τους άνδρες και τις γυναίκες στη διαδικασία αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Ωστόσο, άλλες αναφορές υποστηρίζουν πως η



στεριότητα αποτελεί πιο αγχωτική εμπειρία για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες, και σε σύγκριση με τους στείρους άνδρες, οι στείρες γυναίκες τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής προσαρμογής (Παπαληγούρα, 2002).

Ακόμη, για ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να αποκτήσει παιδιά με φυσικό τρόπο η υπογονιμότητα επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των συντρόφων. Η αξιολόγηση του ζευγαριού σχετικά με τον γάμο και την ικανοποίηση για μια κοινή ζωή, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι χαμηλότερη. Τα δυνατά συναισθήματα που σχετίζονται με τη στεριότητα και τα οποία βιώνει το ζευγάρι, έχουν αρνητική επίδραση σε ορισμένες πτυχές της σχέσης τους (π.χ. δεσμός, επικοινωνία και σεξουαλική προσαρμογή). Ως εκ τούτου, σε πολλές περιπτώσεις η σχέση μεταξύ των ατόμων επηρεάζεται.

Επίσης, είναι σύνηθες τα υπογόνιμα ζευγάρια να βιώνουν την υπογονιμότητα ως μια σοβαρή απώλεια και να αντιδρούν απέναντι στην υπογονιμότητα όπως αντιδρούν απέναντι σε ένα πραγματικό πένθος. Διαδέχονται δηλαδή, τα στάδια της άρνησης, του θυμού, της διαπραγματεύσεως, της κατάθλιψης και της αποδοχής για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή και για την υπόλοιπη ζωή τους. Μια άλλη απώλεια που σχετίζεται με τη στεριότητα του ανδρικού παράγοντα είναι η απώλεια υγείας. Η συνεχόμενη υποβολή των ανδρών σε διάφορες εξετάσεις και οι επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στους γιατρούς κατά την διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας της υπογονιμότητας, συχνά δημιουργεί την αντίληψη ότι είναι «άρρωστος» (Kohlmeier, & Klock, 2018).

Γίνεται σαφές ότι οι άνδρες επηρεάζονται συναισθηματικά από τη υπογονιμότητα (Culley et al., 2013). Παρόλο που υπάρχει ένα τεράστιο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τη συναισθηματική προσαρμογή των γυναικών στη στεριότητα (Gourounti et al., 2010, Rockliff et al., 2014, Verhaak et al., 2006), δεν υπάρχουν συστηματικές κριτικές που να εστιάζουν στην ψυχολογική προσαρμογή των ανδρών στη υπογονιμότητα.

## **2.5 Ψυχολογικές Συνέπειες της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης**

Η απόφαση και η έναρξη της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελεί συχνά μια δύσκολη διαδικασία για τα υπογόνιμα ζευγάρια, παρ' όλο που σαν θεραπεία, είναι αρκετά διαδεδομένη σήμερα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ζευγάρια έρχονται αντιμέτωπα με την αδυναμία να τεκνοποιήσουν με αυτόματο τρόπο και με το άγχος ότι δεν ορίζουν οι ίδιοι το σώμα τους.

Οι μεγάλες απαιτήσεις και οι προσδοκίες που δημιουργούν τα υπογόνιμα άτομα απέναντι στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τους κατακλύζουν από έντονα αισθήματα άγχους και αγωνίας. Επομένως, ενώ τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι γενικά καλά προσαρμοσμένα, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αμέσως πριν από την έναρξη της εξωσωματικής γονιμοποίησης, το ζευγάρι που υποβλήθηκε στην διαδικασία αρχίζει να αντιμετωπίζει συναισθηματικά προβλήματα (Malina & Pooley, 2017) και οι συχνότερες αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Eugster & Vingerhoets, 1999). Επιπλέον, η μεγαλύτερη στρεσογόνος περίοδος είναι αδιαμφισβήτητα όταν το ζευγάρι περιμένει τα αποτελέσματα της έκβασης της θεραπείας. Οι Ying και οι συνεργάτες του (2015), διαπίστωσαν πως οι άνδρες των υπογόνιμων ζευγαριών ανέφεραν αυξημένα αποτελέσματα κατάθλιψης πριν από τη θεραπεία, τα οποία συνήθως αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου που αφιερώθηκε περιμένοντας το αποτέλεσμα της θεραπείας IVF. Ιδιαίτερα, όταν τα αποτελέσματα της εξωσωματικής είναι ανεπιτυχή, τότε τα κύρια συναισθήματα που βιώνει το ζευγάρι είναι θυμός, απελπισία, κατάθλιψη, απογοήτευση, απώλεια, ενοχή και αδυναμία. Από την άλλη μεριά, τα περισσότερα ζευγάρια αναφέρουν πως στο άκουσμα μιας επιτυχημένης θεραπείας, εκτός από τα αισθήματα χαράς που αισθάνονται, αγωνιούν παράλληλα και για την πορεία της εγκυμοσύνης.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία, διαπιστώθηκε πως η συχνότητα του άγχους και της κατάθλιψης ήταν 4,5% και 6,9% στους άνδρες που είχαν υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση (Chiaffarino et al., 2011). Αντίστοιχα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν και σε έρευνα που διεξήχθη σε υπογόνιμους άνδρες όπου υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε εξωσωματική (Dong et al., 2013). Επιπλέον ευρήματα της έρευνας, έδειξαν πως οι άνδρες που είχαν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και ζούσαν σε αγροτικές περιοχές είχαν πιο έντονα επίπεδα κατάθλιψης απ' ότι οι άνδρες που ζούσαν σε αστικές περιοχές και με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Οι ερευνητές υποθέτουν πως αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες των αγροτικών περιοχών δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους και δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής και κοινωνικής πρόνοιας. Ωστόσο, σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άνδρες δείχνουν να επηρεάζονται λιγότερο από τις διαδικασίες της εξωσωματικής γονιμοποίησης και να έχουν λιγότερο άγχος (Ismail et al., 2004, Ying et al., 2015).

Ακόμη μια συνέπεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελεί και η επίδραση της σχέσης μεταξύ του ζευγαριού. Εστιασμένοι στις τεχνικές πλευρές της θεραπείας,

συχνά, τα άτομα χάνουν τον αυθορμητισμό τους όσον αφορά την ερωτική τους έλξη, με αποτέλεσμα να απομακρύνονται ερωτικά είτε βραχυχρόνια είτε η απομάκρυνση αυτή μπορεί να πάρει μόνιμο χαρακτήρα. Ο Saleh και οι συνεργάτες του (2003) διαπίστωσαν μια παροδική ανικανότητα των ανδρών και άγχος για τις σεξουαλικές τους επιδόσεις όταν αντιμετώπιζαν θέματα υπογονιμότητας. Οι Luk and Loke, (2014) τεκμηριώνουν την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας, μειωμένου σεξουαλικού ενδιαφέροντος και δραστηριότητας μετά από διάγνωση στειρότητας ανδρικού παράγοντα καθώς οι άνδρες αναφέρουν πως δεν βρίσκουν κάποιο νόημα στην σεξουαλική δραστηριότητα αφού έχει εξαλειφθεί ο αναπαραγωγικός παράγοντας. Ως εκ τούτου, η απουσία ερωτικής ικανοποίησης συμβάλλει τόσο στον βαθμό ικανοποίησης της σχέσης τους όσο και της ζωής τους, γενικότερα.

Επίσης, οι αρνητικές επιδράσεις μιας αποτυχημένης εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να έχουν μακροχρόνια δράση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία τρία χρόνια μετά από μια αποτυχημένη εξωσωματική, έδειξε πως τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες βίωναν ακόμα έντονα αισθήματα θλίψης καθώς εξακολουθούσαν να διαπραγματεύονται την ατεκνία τους (Volgsten et al., 2010).

Αρκετές μελέτες αναδεικνύουν την ανεπάρκεια στήριξης του κοινωνικού περιβάλλοντος στα ζευγάρια που βιώνουν την εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση ακόμη και στην σύλληψη. Ωστόσο, άλλες έρευνες αναφέρουν πως στους πολιτισμούς όπου η έννοια της πατρότητας είναι σημαντική, το κοινωνικό περιβάλλον παρέχει σπουδαία υποστήριξη (Dong et al., 2013).

Ακόμη, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Τα πολυδάπανα κόστη που απαιτούνται για την θεραπεία, τα φάρμακα και οι επιπλέον οικονομικές υποχρεώσεις προς το νοσοκομείο, αποτελούν ακόμη μια αιτία χαμηλής συναισθηματικής ανοχής των υπογόνιμων ζευγαριών στην θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Παρόλο που αποδεικνύεται πως και οι άντρες επηρεάζονται κατά την διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης, φαίνεται πως η ψυχολογική ευημερία των ανδρών σχετικά με την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης παραμερίζεται, γεγονός που αποδεικνύεται από τις περιορισμένες μελέτες που εστιάζουν αποκλειστικά στον άνδρα.

## 2.6 Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Τα ζητήματα υπογονιμότητας στους άνδρες επιφέρουν μεγάλο άγχος, το οποίο μπορεί να συσχετιστεί με μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα για όσους το άγχος αποτελεί μια μόνιμη κατάσταση ή δεν αναζητούν κοινωνική υποστήριξη και επιλέγουν στρατηγικές αντιμετώπισης κακής προσαρμογής. Καθώς λοιπόν, η υπογονιμότητα αποτελεί μια κρίση στην ζωή των ζευγαριών, τα άτομα επιλέγουν διάφορες στρατηγικές για να προσαρμοστούν ψυχολογικά. Οι προσπάθειες των ζευγαριών για αντιμετώπιση της κρίσης χαρακτηρίζονται από ενεργητική δράση και δράση αποφυγής. Παρόλο που κάποιοι εφαρμόζουν τεχνικές και των δυο προσεγγίσεων, οι περισσότερες ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι επιλέγουν είτε την αποφυγή είτε την ενεργή επίλυση.

Ο τρόπος με τον οποίο θα προσαρμοστούν στο ζήτημα της υπογονιμότητας εξαρτάται από παράγοντες όπως η αιτία της υπογονιμότητας, οι οικονομικοί και ψυχικοί πόροι του ατόμου και το διαθέσιμο υποστηρικτικό του περιβάλλον. Επιπλέον, οι πεποιθήσεις και η στάση των ζευγαριών απέναντι στη υπογονιμότητα, οι οποίες βασίζονται σε κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες και στις εσωτερικές επιθυμίες τους, θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ικανότητα του ζευγαριού να αντιμετωπίσει την κρίση υπογονιμότητας. Η αρνητική στάση απέναντι στην υπογονιμότητα σχετίζεται με αυξημένη επίκριση και αμφιβολία εαυτού, ανεξαρτήτως φύλου (Yazdani et al., 2016).

Οι βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν πως οι άνδρες επηρεάζονται το ίδιο ψυχολογικά όπως οι γυναίκες στην ιδέα ότι δεν θα αποκτήσουν παιδί αλλά είναι πιο κλειστοί στην επικοινωνία και στην διαχείριση. Ευρήματα σε ζευγάρια έδειξαν ότι οι άνδρες τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης συνολικά (Cousineau & Domar, 2007). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν πως το 20% των ζευγαριών που υπόκεινται σε εξωσωματική γονιμοποίηση αδυνατούν να υποστηρίξουν τον σύντροφό τους (Holter et al., 2006). Επίσης, σε περιπτώσεις όπου η υπογονιμότητα οφείλεται στους άνδρες, οι σύζυγοι μπορεί να αισθάνονται εσωτερικές συγκρούσεις ανάμεσα στον θυμό για την αδυναμία των συντρόφων τους να τους χαρίσουν ένα παιδί και στην διάθεση τους να τους υποστηρίξουν.

Η έρευνα του Peterson (2006) έδειξε πως οι άνδρες προτιμούσαν σαν στρατηγικές την αποστασιοποίηση, τον αυτοέλεγχο μέσω εσωτερίκευσης των συναισθημάτων και την εστίαση στην εύρυθμη επίλυση προβλημάτων ενώ η αποδοχή της ευθύνης ήταν η

στρατηγική αντιμετώπισης που χρησιμοποιήθηκε λιγότερο σε σύγκριση με όλες τις άλλες. Ωστόσο, όσοι εμπιστευόντουσαν τις στρατηγικές της αποφυγής και της αποδοχής της ευθύνης εκδήλωναν μεγαλύτερο στρες υπογονιμότητας, ενώ η αναζήτηση υποστηρικτικού δικτύου και η στοχευμένη επίλυση προβλημάτων συσχετίστηκε θετικά με την μείωση του άγχους.

Οι Schmidt συν άλλοι (2005) ανέφεραν στην έρευνά τους πως οι αντιδράσεις των ανδρών που περιλάμβαναν την απόκρυψη της υπογονιμότητας από τα οικεία τους πρόσωπα, την δυσκολία στην επικοινωνία με τις συντρόφους τους και την έντονη προσήλωση σε άλλους τομείς (π.χ εργασιοθεραπεία ή αθλητικές δραστηριότητες) με σκοπό να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν το ζήτημα της στειρότητας, αποτέλεσε αρνητικό παράγοντα για την οικογένεια. Επίσης, οι άνδρες αναμένεται συνήθως να είναι «ισχυροί» και να καταστέλλουν τα συναισθήματά τους όταν αντιμετωπίζουν αντιξοότητες, κάτι που μπορεί να συμβάλει σε υψηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης και σχεδόν καμία αλλαγή στο επίπεδο άγχους (Beavers et al., 1999, Jaffe & Diamond, 2011). Το γεγονός ότι πολλοί άνδρες αδυνατούν να μιλήσουν για την υπογονιμότητα σε άλλους (Dooley, Nolan & Sarma, 2011) έχει σχετιστεί με χαμηλά επίπεδα ευημερίας (Van Balen & Trimbos-Kemper, 1994). Αντίθετα, η έκφραση συναισθημάτων, η ανοιχτή επικοινωνία για την υπογονιμότητα και η εστίαση στην λύση του προβλήματος αποτέλεσε βοηθητικό παράγοντα στην διαχείριση του ζητήματος και μειωμένη ψυχική δυσφορία (Berghuis & Stanton, 2002). Επιπλέον έρευνες, αναφέρουν πως το 20 με 30% των συντρόφων αδυνατούν να μιλήσουν για το ζήτημα της υπογονιμότητας και την θεραπεία (Holter et al., 2006).

Επίσης, το ζήτημα της υπογονιμότητας εκτός από τον ζευγάρι και την μεταξύ τους σχέση, επηρεάζει επίσης, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ζευγαριού, αυξάνοντας ίσως, τα αισθήματα ανεπάρκειας και ενοχής του ζευγαριού προς τους εαυτούς τους και τα αγαπημένα τους άτομα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα ζευγάρια τείνουν να απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον για να αποφύγουν έναν ενδεχόμενο στιγματισμό που συνήθως συνδέεται με την ανδρική υπογονιμότητα.

Ο Szatmári και οι συνεργάτες του (2020) παραπέμπουν στην επίκληση στο συναίσθημα και στην αντιμετώπιση του προβλήματος ως τα πιο διαχρονικά και αποτελεσματικά μοντέλα αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Η μεθοδικότητα και ο προγραμματισμός των βημάτων, όπου έχουν γνωστικοσυμπεριφορικό υπόβαθρο, βοηθάει τα άτομα να νιώσουν ότι έχουν και πάλι τον έλεγχο της κατάστασης ενώ η εστίαση στο συναίσθημα τους βοηθάει να διαχειριστούν, πρωτίστως, το αυξημένο άγχος. Ακόμη, η

ανάλυση των προβλημάτων αποτελεί μια επιπλέον στρατηγική που προτείνουν ως ένα καλό προγνωστικό προσαρμογής.

Αν και η πλειονότητα των ζευγαριών με προβλήματα γονιμότητας είναι σε θέση να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν επαρκώς αυτήν την κατάσταση, υπάρχουν περιπτώσεις που απαιτούν θεραπευτική παρέμβαση. Μεταξύ των στειρών ζευγαριών, περίπου 72-77% των γυναικών και το 62% των ανδρών ζητούν ταυτόχρονη ψυχολογική θεραπεία στην ιατρική θεραπεία της στειρότητας (Ιατράκης, 2009).

## **2.7 Συμβουλευτική υπογονιμότητας**

Οι αυξανόμενες γνώσεις γύρω από τις ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας δείχνουν πώς το ιατρικό και ψυχολογικό μέρος δεν μπορούν να διαχωριστούν. Η παρέμβαση μέσω της συμβουλευτικής είναι σημαντική τόσο για να μειωθούν τα αρνητικά ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα, την πρόληψη των συναισθημάτων άγχους, κατάθλιψης και φόβου, όσο και για τη βελτίωση της σωματικής υγείας και για μια επιτυχημένη εγκυμοσύνη. Ο εντοπισμός των παραγόντων εκείνων που προβλέπουν τη δυσφορία θα επιτρέψει στους επαγγελματίες να κατευθύνουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές παρεμβάσεις στα ευάλωτα άτομα.

Είναι φανερό πως η συμβουλευτική, ιδιαίτερα από την αρχή των ιατρικών διαδικασιών, βοηθάει στην διαχείριση των συναισθημάτων που απορρέουν από την ανακοίνωση της διάγνωσης της υπογονιμότητας και συμβάλλει στην απόφαση σχετικά με την επιλογή της θεραπείας. Επίσης, η εξοικείωση μέσω της πληροφόρησης με τα βήματα της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης βοηθάει τα ζευγάρια να προσαρμοστούν και να προετοιμαστούν καλύτερα στο περιβάλλον της θεραπείας. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η συμβουλευτική και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική στη μείωση επιπέδων άγχους στα ζευγάρια που υποβάλλονται σε διαφορετικές διαδικασίες θεραπείας (Μήτση & Ευθυμίου, 2014).

Ένας σημαντικός στόχος της παροχής συμβουλευτικής πρέπει να είναι η ελαχιστοποίηση του αντίκτυπου των ιατρικών και σωματικών συμβάντων που έχει το ζευγάρι να αντιμετωπίσει, μέσω μιας σταθερής ροής πληροφοριών και ευαισθητοποίησης σε εξειδικευμένες δοκιμές που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθούν οι στόχοι τους, καθώς, και μια ήρεμη εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των επακόλουθων θεραπειών. Αυτό συμβαίνει για να μειωθούν τα συναισθήματα άγχους, μοναξιάς και απώλειας ελέγχου της

κατάστασης που βιώνουν οι ασθενείς. Η ενημέρωση σχετικά με τις ιατρικές πτυχές μπορεί να παρέχει μια βάση για την επικοινωνία και τη συμμετοχή του ζευγαριού. Μόλις καθιερωθεί η επικοινωνία, μπορεί, ψάχνοντας, να τους βοηθήσει να εξερευνήσουν τις βαθύτερες συναισθηματικές πτυχές, να αντιμετωπίσουν την επιθυμία για απόκτηση παιδιού και το νόημα της απογοήτευσης αυτής της επιθυμίας (Ιατράκης, 2009).

Ένας άλλος στόχος της συμβουλευτικής είναι ο εντοπισμός καταστάσεων κινδύνου, επιλέγοντας για κάθε μεμονωμένο ζεύγος τη καταλληλότερη παρέμβαση. Ενώ για ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αρκεί μια απλή παρέμβαση υποστήριξης, για άλλους μπορεί να είναι κατάλληλη κάποια συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας. Ειδικότερα, φαίνεται ότι στα ζευγάρια, αυτοί που βρίσκονται περισσότερο σε κίνδυνο είναι εκείνοι με ανεξήγητη υπογονιμότητα και οι γυναίκες οι οποίες τυχάνουν να είναι οι μεγαλύτεροι αποδέκτες της κατάστασης της υπογονιμότητας και των επακόλουθων θεραπειών.

Είναι επίσης απαραίτητο να ενισχυθεί η σχέση του ζευγαριού. Στις περιπτώσεις που ανακύπτουν διαφορετικές ανάγκες, μπορεί να ενδείκνυνται διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις: ατομική ή ψυχοδυναμική θεραπεία ζεύγους, τεχνικές χαλάρωσης και μείωση του άγχους, γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες, ζευγάρια με θέμα την σεξουαλική θεραπεία και ομάδες υποστήριξης (Μήτση & Ευθυμίου, 2014). Επιπρόσθετα, η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων αστοχιών οδηγεί το ζευγάρι να ασχοληθεί ρεαλιστικά με την αδυναμία τους να αποκτήσουν βιολογικά παιδιά. Η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να διευκολύνει την διαδικασία του πένθους και την επανεμφάνιση της κατάστασης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εναλλακτικές επιλογές όπως η υιοθέτηση, η δωρεά σπερματοζωαρίου/ ωαρίου, η παρένθετη μητέρα ή ο σχεδιασμός για μια ζωή χωρίς παιδιά.

Ωστόσο, συχνά, οι άνδρες αναφέρουν πως αισθάνονται παραγκωνισμένοι από τις διαδικασίες της θεραπείας (Hudson & Culley, 2013). Σε έρευνα που ολοκληρώθηκε μεταξύ 210 Δανών ανδρών βρέθηκε πως το 46% επιθυμούσε ίση συμμετοχή μεταξύ των συντρόφων καθώς το θεωρούσε πολύ σημαντικό στοιχείο της θεραπείας, το 63% είπε ότι οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούσαν κυρίως με τη γυναίκα σύντροφό τους, το 62% διαπίστωσε ότι υπήρχε ανάγκη για βαθύτερο διάλογο με τις νοσοκόμες σχετικά με την ανδρική υπογονιμότητα και το 72% δεν διέθετε πληροφορίες σχετικά με τις ψυχολογικές συνέπειες της ανδρικής υπογονιμότητας (Mikkelsen et al., 2012). Ουσιαστικά, οι συμμετέχοντες επεδίωκαν έναν ανοιχτό και ισορροπημένο διάλογο σχετικά με τη θεραπεία της υπογονιμότητας και τον ρόλο του άνδρα συντρόφου κατά τη διάρκεια αυτής της

διαδικασίας. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να δοθεί χώρος στην συμβουλευτική υπογονιμότητας εστιασμένη στους άνδρες (Wischman & Thorn, 2013).

Όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη, οι άνδρες ανέφεραν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις και σχόλια από την οικογένεια και τους φίλους, ακόμη και ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας της στειρότητας (Martins et al., 2016).

Κάποιες πιο συγκεκριμένες προτάσεις για την μείωση του ψυχολογικού φορτίου στους, άγονους ή μη, άνδρες και την διευκόλυνση της ψυχολογικής φροντίδας τους, θα μπορούσαν να είναι η παροχή εκπαιδευτικών φυλλαδίων πριν την θεραπεία, η επαρκής πληροφόρηση για τα οφέλη της συμβουλευτικής διαδικασίας, η συμβουλευτική ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας ή έστω, η έναρξη της συμβουλευτικής και της υποστήριξης πριν την θεραπεία, η χρήση ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων και η εγγενής επαφή και σύνδεση με τους υπογόνιμους άνδρες (Wischmann, 2013).

Συμπερασματικά, είδαμε ότι το ζήτημα της υπογονιμότητας φαίνεται πως ταλανίζει εξίσου τους άνδρες και τις γυναίκες, ωστόσο, δεν έχει δοθεί η ίδια έμφαση σε επίπεδο ερευνητικό. Πιο συγκεκριμένα, η ανδρική υπογονιμότητα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ στον ελλαδικό χώρο έχει κατανοηθεί ελάχιστα.

Είδαμε ακόμη, ότι έχει αποδειχθεί πως παρόλο που τις περισσότερες φορές η ανδρική υπογονιμότητα οφείλεται σε ιδιοπαθής παράγοντες, εγείρει σημαντικά υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και ζητήματα αρρενωπότητας. Συνήθως, τα αίτια της υπογονιμότητας ανδρικού παράγοντα οφείλονται σε διαταραχές στην ποιότητα, στην κινητικότητα ή στην ποσότητα του σπέρματος. Όμως, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην έκπτωση των σπερματοζωαρίων όπως είναι οι παθολογικές συνθήκες (οιστρογόνα, μολύνσεις, κίρσοκήλη, διαβήτης, παχυσαρκία,) ή/και ο τρόπος ζωής των ανδρών (έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους, κάπνισμα, χρήση ουσιών, ψυχολογικό άγχος, αυξημένη ηλικία, ιδιαίτερες αθλητικές δραστηριότητες, αυξημένη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών).

Με την εξέλιξη του ιατρικού κλάδου και την ανακάλυψη των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση, έχουν βοηθηθεί πολλά ζευγάρια να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υπογονιμότητας και ατεκνίας. Ωστόσο, η αδυναμία ελέγχου του σώματός τους και οι υψηλές προσδοκίες που



εναποθέτουν στην *in vitro* γονιμοποίηση, έχει αναγνωριστεί ως στρεσογόνες πηγές. Επιπλέον, το άγχος, ο θυμός, η κατάθλιψη και το πένθος αποτελούν γνώριμα συναισθήματα για πολλούς άνδρες που βιώνουν την εμπειρία της τεχνικής γονιμοποίησης. Γίνεται εύκολα αντιληπτό από προηγούμενες έρευνες η δυσκολία των ανδρών να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και η επίδραση που έχει η εμπειρία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε σημαντικές πλευρές της ζωής τους.

Οι συγγραφείς παροτρύνουν τους άνδρες να χρησιμοποιούν στρατηγικές ενεργητικού χαρακτήρα, εστιάζοντας στην λύση του προβλήματος και επικοινωνώντας τις ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες τους, ενώ θεωρούν σημαντικό την παροχή συμβουλευτικής στήριξης σε κάθε στάδιο της διαδικασίας της *in vitro* γονιμοποίησης.

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί περισσότερο η γνωστική και συναισθηματική εμπειρία των ανδρών που βρίσκονται στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Δείγμα**

Το δείγμα αποτέλεσαν 8 άνδρες οι οποίοι, μαζί με τις συζύγους τους, υποβάλλονταν σε εξωσωματική θεραπεία σε ιδιωτική κλινική της Ελλάδας προκειμένου να λάβουν μέρος στην μελέτη. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν αρχικά το φύλλο (Άνδρες), η ηλικία (άνω των 18 ετών), η γλώσσα επικοινωνίας όπου κρίθηκε σκόπιμο να είναι η μητρική ελληνική γλώσσα και το ιστορικό υπογονιμότητας όπου θεωρήθηκε σημαντικό να έχουν διαγνωστεί τουλάχιστον ένα χρόνο πριν με υπογονιμότητα.

Για την εύρεση του δείγματος δημοσιοποιήθηκε στις πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης της κλινικής «Γέννημα IVF» ανοικτή πρόσκληση εθελοντικής συμμετοχής στην συγκεκριμένη έρευνα. Επομένως, καθένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, προσέγγισε αρχικά τηλεφωνικά την ερευνήτρια, η οποία εξήγησε λεπτομερώς το ερευνητικό θέμα, τον σκοπό της μελέτης και την διαφύλαξη του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τα δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων, οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 37 έως 46 ετών. Πιο συγκεκριμένα, ένας άνδρας ήταν 37 ετών, ένας άνδρας 38, δυο άνδρες 40 ετών, δύο άνδρες 41 ετών, ένας 44 ετών και ένας 46 ετών. Η διάρκεια του γάμου τους κυμαίνεται από δύο έτη έως 14 έτη (πέντε άνδρες είναι παντρεμένοι κάτω από 8 έτη και τρεις άνδρες πάνω από 12 έτη), το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων περιλάμβανε όλες τις βαθμίδες (ένας άνδρας απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης, τέσσερις άνδρες απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τρεις άνδρες με ανώτατη εκπαίδευση). Επίσης, το δείγμα προερχόταν από αστικά και ημιαστικά κέντρα της Ελλάδας.

Η υπογονιμότητα οφειλόταν σε οργανικούς παράγοντες και μη ταυτοποιήσιμες αιτίες. Ακόμη, πέντε άνδρες βρίσκονταν στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι υπόλοιποι τρεις βρίσκονταν στην δεύτερη και άνω προσπάθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

### **3.2 Εργασία**

Επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος έρευνας καθώς δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν. Δίνει δηλαδή, την δυνατότητα να εμβαθύνει χωρίς να είναι, τουλάχιστον σε μεγάλο βαθμό, κατευθυνόμενη από τον ερευνητή (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008).

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την βοήθεια ημιδομημένης συνέντευξης που περιλάμβανε, ως επί το πλείστον, ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις εστίαζαν στους εξής τομείς: α) στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, β) στην εμπειρία των συμμετεχόντων πριν και κατά την διάρκεια της διάγνωσης της υπογονιμότητας, γ) στην εμπειρία και στην απόφαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δ) στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ε) σε πιθανές αλλαγές που έχουν βιώσει και στ) στις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποίησαν για να κατευνάσουν πιθανά αρνητικά συναισθήματα που βίωσαν. Επίσης, οι ερωτήσεις στόχευαν στις σκέψεις που είχαν και στα συναισθήματα που βίωναν κατά την διαδικασία της εμπειρίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γι αυτό χρησιμοποιήθηκαν και αντίστοιχες τεχνικές ώστε να ενισχυθούν περισσότερο να εκφράσουν μια πληρέστερη εικόνα του συνολικού βιώματός τους.

### **3.3 Διαδικασία Συνέντευξης**

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Δεκέμβριο του ίδιου έτους και κάθε συνέντευξη διήρκησε από 30 έως 50 λεπτά. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε μέσω βιντεοκλήσης για λόγους προστασίας, λόγω της παγκόσμιας πανδημίας Covid 19 που επικρατεί.

Πριν την έναρξη της συνέντευξης, ζητήθηκε η έγγραφη συγκατάθεση των ανδρών για την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα όπως επίσης, και για την μαγνητοφώνηση της συνέντευξης. Το έντυπο συγκατάθεσης, εξηγούσε επίσης, τον σκοπό της έρευνας, την προστασία των προσωπικών τους στοιχείων αλλά και το δικαίωμά τους να αποσυρθούν από την ερευνητική διαδικασία, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη σε άνδρες που είχαν αποκτήσει απογόνους μέσα από την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, με σκοπό να δοκιμαστεί και να ελεγχθεί το περιεχόμενο των ερωτήσεων της συνέντευξης.

### **3.4 Ανάλυση Δεδομένων**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την μέθοδο της φαινομενολογίας. Η Φαινομενολογική προσέγγιση δίνει την δυνατότητα στους ερευνητές να εξερευνήσουν την προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για ένα ζήτημα σύμφωνα με τον τρόπο, τις συνθήκες και τον χρόνο που το ίδιο το άτομο το βιώνει. Η χρήση μιας τέτοιας μεθόδου μπορεί να κάνει την ποιοτική ανάλυση των φαινομένων ενδελεχή και επιστημονική (Giorgi, 2004).

Για την ανάλυση των δεδομένων, τα στοιχεία μαγνητοφωνήθηκαν, έπειτα απομαγνητοφωνήθηκαν και ακολούθως, έγινε η κωδικοποίηση των δεδομένων απ' όπου δημιουργήθηκαν οι αντίστοιχες θεματικές ενότητες. Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση των δεδομένων ξεκίνησε με την συστηματική και επανειλημμένη ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων και την δημιουργία σημειώσεων. Στην συνέχεια, αφότου οι σημειώσεις ομαδοποιήθηκαν, αναδείχθηκαν τα υπερθέματα και τα υποθέματα της έρευνας. Σύμφωνα με τον Storey (2007), τα υπερθέματα και τα υποθέματα συνθέτουν υποδείγματα νοήματος, τα οποία κατηγοριοποιούνται με βάση το περιεχόμενό τους όπως ορίζεται στην ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση.

Η ερμηνευτική φαινομενολογία πραγματεύεται την εμπειρία του ανθρώπου και δίνει βάση σε φαινομενικά ασήμαντες λεπτομέρειες ή πτυχές, αλλά εν τέλει, σημαντικές για την δημιουργία νοήματος και κατανόηση του αισθήματος (Laverly, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, από την κατηγοριοποίηση προέκυψαν ως υπερθέματα η εμπειρία της υπογονιμότητας πριν και μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας, οι γνωστικές διεργασίες πριν και μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας, η απόφαση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εξωσωματικής, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, Οι αλλαγές στην ζωή των ανδρών, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η συμβουλευτική διαδικασία.

Στην πορεία, προέκυψαν ως υποθέματα των υπερθεμάτων τα συναισθήματα πριν και μετά την περίοδο της διάγνωσης, το στίγμα της υπογονιμότητας, η συνειδητοποίηση ότι δεν είναι «ο μόνος» που αντιμετωπίζει το ζήτημα αυτό, οι σκέψεις πριν και μετά την υπογονιμότητα, η εξωσωματική ως η μόνη λύση για απόκτηση παιδιού, τα κίνητρα της υπογονιμότητας, η προχωρημένη ηλικία ως μοχλός πίεσης, τα συναισθήματα πριν την έναρξη και κατά την διάρκεια της εξωσωματικής, η απόκρυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η απόκτηση περισσότερων απογόνων, η κατάψυξη ωαρίων, εξονυχιστικός ιατρικός έλεγχος, η σωματική καταπόνηση των συζύγων, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως κερδοφόρα επιχείρηση, το ιατρικό προσωπικό, το οικονομικό κόστος της διαδικασίας, η αποτυχία της εξωσωματικής, η αντιμετώπιση του περιβάλλοντος, ο ρόλος της συντρόφου, η έγνοια για την σύζυγο, σεξουαλική ζωή, αλλαγές στην ζωή της συντρόφου, οι αλλαγές στην καθημερινότητα των ανδρών, εστίαση στην λύση, δύναμη από τα θρησκευτικά Πιστεύω, Αισιόδοξες γνωστικές διεργασίες, βοήθεια σε άλλους, τεχνικές αποφυγής, «απόδραση» από το πρόβλημα και η συναισθηματική απομόνωση.

## **4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **4.1 Τα γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

Σε αυτό το σημείο, θεωρείται σημαντικό να αναφερθούν τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα, όπως

είναι τα δημογραφικά τους στοιχεία και τα θεμελιώδη γνωρίσματα τους, ώστε να κατανοηθεί η κάθε περίπτωση από μια ολιστική οπτική.

### ***Περίπτωση 1<sup>η</sup>***

Ο πρώτος συμμετέχων είναι 37 ετών, οχτώ χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε αστική περιοχή. Είναι ελεύθερος επαγγελματίας και απόφοιτος επαγγελματικής σχολής. Η αιτία της υπογονιμότητας είναι μικτή. Οφείλεται δηλαδή και σε ανδρικούς και γυναικείους παράγοντες. Η σύζυγος έχει υποβληθεί σε δυο χειρουργικές επεμβάσεις στις σάλπιγγες πριν την έναρξη της εξωσωματικής. Βρίσκεται στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης και συγκεκριμένα, η σύζυγος λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την διέγερση των ωοθηκών.

### ***Περίπτωση 2<sup>η</sup>***

Ο δεύτερος συμμετέχων είναι 38 ετών, δώδεκα χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Είναι ιδιωτικός υπάλληλος και απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας οφείλεται σε ανδρικό παράγοντα. Αυτή την περίοδο, βρίσκεται στην τέταρτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η πρώτη και η τρίτη εξωσωματική απέτυχαν, η δεύτερη εξωσωματική πέτυχε αλλά η σύζυγος απέβαλε και τώρα βρίσκονται στο στάδιο εξετάσεων για να γίνει η εμβρυομεταφορά.

### ***Περίπτωση 3<sup>η</sup>***

Η τρίτη περίπτωση είναι 41 ετών, επτά χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε αστική περιοχή. Είναι ιδιωτικός υπάλληλος και απόφοιτος ανωτέρας εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας είναι μη ταυτοποιήσιμη μέχρι στιγμής (ανεξήγητη). Βρίσκεται στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης στο στάδιο της εμβρυομεταφοράς.

### ***Περίπτωση 4<sup>η</sup>***

Η τέταρτη περίπτωση είναι 46 ετών, δύο χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Είναι δημόσιος υπάλληλος και είναι απόφοιτος ανωτέρας εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας αφορά εν μέρει ανδρικό παράγοντα και εν μέρει μη

ταυτοποιήσιμο παράγοντα. Βρίσκεται στην δεύτερη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η πρώτη προσπάθεια ήταν ανεπιτυχής. Έχει γίνει η εμβρυομεταφορά και αναμένονται τα αποτελέσματα.

#### ***Περίπτωση 5<sup>η</sup>***

Η πέμπτη περίπτωση είναι 41 ετών, δεκατρία χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε αστική περιοχή. Είναι ιδιωτικός υπάλληλος και απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η σύζυγος έχει κυοφορήσει δυο φορές με φυσικό τρόπο αλλά έχει αποβάλλει και τις δυο φορές. Η αιτία της υπογονιμότητας είναι ψυχολογικοί παράγοντες. Βρίσκεται στην πρώτη εξωσωματική γονιμοποίηση στο στάδιο όπου η σύζυγος λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή.

#### ***Περίπτωση 6<sup>η</sup>***

Η έκτη περίπτωση είναι 40 ετών, είναι τρία χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε ημιαστική περιοχή. Είναι ελεύθερος επαγγελματίας και απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας οφείλεται σε γυναικείο παράγοντα. Βρίσκεται στην πρώτη εξωσωματική γονιμοποίηση όπου έχει γίνει η ωοληψία και αναμένεται η εμβρυομεταφορά.

#### ***Περίπτωση 7<sup>η</sup>***

Η έβδομη περίπτωση είναι 44 ετών, είναι δεκατέσσερα χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε αστική περιοχή. Είναι δημόσιος υπάλληλος και απόφοιτος ανωτέρας εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας οφείλεται σε γυναικείο παράγοντα. Βρίσκεται στην τρίτη εξωσωματική γονιμοποίηση και στο στάδιο πραγματοποίησης επιπλέον εξειδικευμένων εξετάσεων. Οι προηγούμενες δυο ήταν ανεπιτυχείς.

#### ***Περίπτωση 8<sup>η</sup>***

Η όγδοη περίπτωση είναι 40 ετών, είναι πέντε χρόνια παντρεμένος και διαμένει σε αστική περιοχή. Είναι ιδιωτικός υπάλληλος και απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η αιτία της υπογονιμότητας δεν έχει ταυτοποιηθεί μέχρι στιγμής. Βρίσκεται στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης στο στάδιο της φαρμακευτικής αγωγής.

## **4.2 Η εμπειρία της υπογονιμότητας πριν και μετά την διάγνωση**

Για πολλά ζευγάρια η υπογονιμότητα αποτελεί την αιτία προέλευσης έντονου άγχους που δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητα συναισθηματικής φύσης. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν πως βίωσαν το διάστημα πριν και μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας. Τα συχνότερα συναισθήματα που καταγράφονται βιβλιογραφικά ως αντίδραση στην υπογονιμότητα είναι η θλίψη, η κατάθλιψη, η οργή, η ενοχή, η άρνηση και το άγχος (Deka & Sarma, 2010, Fairweather-Schmidt et al., 2014).

### **4.2.1 Τα συναισθήματα πριν την περίοδο της διάγνωσης**

Συναισθήματα άγχους, στρες, αδικίας, ενοχής, θυμού και πένθους περιγράφονται ως εμπειρία την περίοδο των προσπαθειών για τεκνοποίηση με φυσιολογικό τρόπο.

«Στην αρχή όταν δεν ήξερα τι ήτανε, με προβλημάτισε πάρα πολύ. Και θα πω, και θα μπορούσα να πω και αφάνταστα... Τα συναισθήματα που μου δημιουργήθηκαν, φαντάζομαι ότι είναι στους περισσότερους ανθρώπους, είναι το στρες και το άγχος.»

«Και μέρα με τη μέρα, ένα λιθαράκι παραπάνω άγχος.»

**(Περίπτωση 1)**

«Επομένως, υπήρξε και περίοδος πένθους στις προσπάθειές και σε όλα αυτά.»

**(Περίπτωση 2)**

«Ένωθα αδικία, ότι εγώ το θέλω τόσο πολύ και στην τελική, εγώ είμαι ο παντρεμένος και πρέπει να κάνουμε παιδί γιατί κάπως έτσι στερεοτυπικά, υπάρχει αυτό το ζήτημα και οι άλλοι είχαν κάποια ατυχία και μέσα σε δύο μήνες έμειναν έγκυες και εμείς που έχουμε όλες τις προδιαγραφές, έχουμε το σπίτι μας, έχουμε τα πάντα και εμείς πρέπει να κάνουμε παιδί.»

### **(Περίπτωση 6)**

«Ενοχές, θυμός... γιατί έβλεπες τον περίγυρο σου, άτομα τα οποία δεν είχαν καν προγραμματίσει να κάνουν παιδί εκείνο το διάστημα, έμειναν οι κοπέλες έγκυες από το πουθενά..Και σε εμάς που θέλαμε δεν ερχόταν το αποτέλεσμα... ε..ε..Θυμός, πολύς θυμός..Δηλαδή, αδικία.. ε..ε..Θυμάμαι, είχα πει χαρακτηριστικά, εδώ ναρκομανείς και καταφέρνουν να κάνουν κάτω από τις αντίξοες συνθήκες και εμείς που είμαστε υγιέστατοι να μην μπορούμε;»

### **(Περίπτωση 8)**

Επιπλέον, παρατηρείται πως δεν βίωσαν όλοι κάποιο ιδιαίτερο συναίσθημα την περίοδο πριν την διάγνωση της υπογονιμότητας. Ένας συμμετέχων δηλώνει πως περισσότερο επηρεαζόταν από την θλίψη και την συμπεριφορά της συντρόφου που δεν κατάφερναν να τεκνοποιήσουν.

«Εγώ πριν τη φάση αυτή, ήμουν τελείως χαλαρός. Δεν είχα.. δεν είχα γενικά άγχος, πιο πολύ στεναχωριόμουν και πιεζόμουν από τη συμπεριφορά της γυναίκας μου δηλαδή, πιο πολύ σε κομμάτι.. στεναχωριόμουν που την έβλεπα να κλαίει και τα λοιπά. Εγώ προσωπικά δεν είχα κάποια πίεση.»

### **(Περίπτωση 3)**

Ενώ ένας άλλος συμμετέχων, παρά το άγχος του, είχε αρχίσει να επεξεργάζεται την πιθανότητα να μην γίνουν ποτέ γονείς



«Εντάξει, όχι κάποια ιδιαίτερη στεναχώρια. Απλώς, αυτό το άγχος που φέρνει στα ζευγάρια ότι όσο μεγαλώνουμε, τελικά παίρνουμε απόφαση ότι δεν θα γίνουμε γονείς.»

**(Περίπτωση 5)**

#### **4.2.2 Τα συναισθήματα μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας**

Συναισθήματα άγχους, στρες, θλίψης, θυμός, πλήξης της ανδρικής ταυτότητας και υπόστασης, ιδιαίτερα σε όσους η διάγνωση αφορούσε ανδρικό παράγοντα, επικρατούσαν. Συχνά, οι ψυχικές αυτές καταστάσεις δημιουργούν μια ακολουθία αντιδράσεων. Ενώ, οι συμμετέχοντες που η διάγνωση αφορούσε γυναικείο παράγοντα ή δεν είχε μέχρι στιγμής ταυτοποιηθεί, τα συναισθήματα ήταν ηπιότερα.

«Είχα μία έξαλλη αντίδραση όταν το διάβασα γιατί εγώ όταν πήρα κάποια εξέταση στα χέρια μου, διάβασα τις κανονικές τιμές και αν ίσχυαν οι κανονικές τιμές ή όχι. Όταν διαπίστωσα εγώ δηλαδή, ότι είναι μία απόκλιση στις φυσιολογικές τιμές, είχα μία αντίδραση έξαλλη... Νευρίασα, φώναξα...»

**(Περίπτωση 1)**

«Όταν ήρθε η πρώτη διάγνωση, απογοήτευση μεγάλη, θλίψη για την σύζυγο, άγχος ότι δεν θα μπορέσω να δώσω στη σύζυγο αυτό το πολύτιμο... Ένα παιδί...»

«Κάτι το οποίο είσαι υποτίθεται προγραμματισμένος να κάνεις, υποτίθεται ότι ορίζεις την ανδρική σου υπόσταση και πώς να το υποστηρίξεις...»

**(Περίπτωση 2)**

«Ε, στην αρχή δεν ήξερα για αυτό το θέμα. Μετά, κάθισα πιο άμεσα και το κοίταξα.. ε..., βέβαια εντάξει, είναι λίγο σαν να μειώνεται ο ανδρισμός σου και...»

**(Περίπτωση 4)**

«Από την στιγμή που μάθαμε για την υπογονιμότητα, χάσαμε την γη κάτω από τα πόδια μας. Χάσαμε την ισορροπία μας, σοκαριστήκαμε»

**(Περίπτωση 6)**

«Από την μια στιγμή στην άλλη ζήσαμε στιγμές αισιοδοξίας αλλά και απελπισίας. Δεν είχαμε κάτι παθολογικό αλλά δεν ξέραμε και που οφείλεται...»

**(Περίπτωση 8)**

Ωστόσο, υπήρχε και περίπτωση όπου διατηρήθηκε ο αυτοέλεγχος των συναισθημάτων.

«Όχι, ότι δεν θέλω σώνει και καλά να κάνουμε παιδί, πιστεύω ότι με τον έναν ή τον άλλον τρόπο κάποια στιγμή θα γίνει. Δεν έχω δηλαδή, ούτε απελπιστεί ούτε πιεστεί καθόλου, αυτό.»

**(Περίπτωση 3)**

Επίσης, ένας συμμετέχων φαίνεται πως δεν συνειδητοποιεί το συναίσθημά του από μόνος του αλλά μέσω αναγνώρισης από τον γιατρό τους.

«Είναι αποκλειστικά θέμα άγχους μας είτε ο γυναικολόγος. Άγχους και στρες.. Ναι, ναι, πάρα πολύ. Ναι, το αναγνωρίζαμε αυτό, με συνεννόηση τον γυναικολόγο. Περισσότερο δηλαδή το άγχος ήταν από την πλευρά της συζύγου ότι "Δεν θα γίνω μάνα".»

**(Περίπτωση 5)**

### 4.2.3 Το στίγμα της υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα κατά κανόνα επηρεάζει δυσμενώς την ευεξία των ζευγαριών καθώς η ακούσια ατεκνία θεωρείται κοινωνικό στίγμα ακόμη και σήμερα.

«...πριν καν έχουμε υποψία ότι θα γίνει κάτι τέτοιο, γιατί είναι ταμπού ακόμα στην κοινωνία δεν το συζητάει πάρα πολύς κόσμος.»

**(Περίπτωση 2)**

«Μετά προσπαθείς να το κρατήσεις κρυφό, να μην στιγματιστείς, να μην το συζητήσεις με πολλούς, μόνο με στενούς φίλους σου..»

**(Περίπτωση 4)**

«Επίσης είναι άσχημο μερικώς, ο στιγματισμός που υπάρχει... »

**(Περίπτωση 6)**

### 4.2.4 Η συνειδητοποίηση ότι δεν είναι «ο μόνος»

Η συνειδητοποίηση ότι δεν είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει ζήτημα υπογονιμότητας αλλά αποτελεί συχνό φαινόμενο την σημερινή εποχή, επιδρά ανακουφιστικά στην ψυχολογία των ανδρών.

«Αλλά... στην πορεία έμαθα ότι και με τους φίλους που το συζητούσα είχαν κι αυτοί το ίδιο πρόβλημα και... ε... κάπως ανακουφίστηκα... άλλοι βέβαια που είχαν το ίδιο πρόβλημα πιάσανε, πετύχανε. Όχι με υποβοηθούμενη, με φυσιολογικό κύκλο...»

**(Περίπτωση 2)**

«Μετά...συζητώντας το με τους φίλους μου και το οικογενειακό μου περίγυρο, έμαθα ότι είναι κοινό γνωστό στους περισσότερους.»

**(Περίπτωση 4)**

### **4.3 Οι γνωστικές διεργασίες πριν και μετά την διάγνωση**

Εκτός από συναισθήματα υπήρχαν και σκέψεις που κατέκλυζαν τους συμμετέχοντες σχετικά με την καθυστέρηση της απόκτησης απογόνου τόσο πριν την διάγνωση αλλά και μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας.

#### **4.3.1 Οι σκέψεις πριν την διάγνωση**

Από τις πολύμηνες προσπάθειες για φυσιολογική γονιμοποίηση σαν φυσικό επακόλουθο επικρατούσε η πεποίθηση ότι θα είναι δύσκολο το ταξίδι της απόκτησης παιδιού.

«Οι σκέψεις που επικρατούσαν πριν είναι επειδή δύο χρόνια προσπαθούσαμε, αυτό που μου ερχόταν πάντα στο μυαλό είναι ότι δεν θα είναι εύκολο.»

**(Περίπτωση 1)**

#### **4.3.2 Οι σκέψεις μετά την διάγνωση**

Μετά την διάγνωση οι σκέψεις μερικών συμμετεχόντων είτε συνδέονταν με τον χρόνο που θα χρειαζόταν για να μπορέσουν να τεκνοποιήσουν, είτε με το ότι δεν θα καταφέρουν να τεκνοποιήσουν, γεγονός που ασκούσε επιπλέον πίεση στην ψυχολογία τους.

«... οι σκέψεις μου, σκέψεις μου είναι πάλι επικεντρωμένες και όλες καταλήγουν πάλι στον ίδιο παρονομαστή, τον οποίο αισθάνομαι ότι με πιέζει ο χρόνος. Δεν πέρναγε καμία άλλη σκέψη από το μυαλό μου, δεν περνάει τίποτα άλλο, εεε...»

#### **(Περίπτωση 1)**

«Η μόνη σκέψη μου φέρνει τεράστια πίεση είναι ότι δεν θέλω να σκεφτώ ότι δεν θα έχουμε αποτέλεσμα... όλο αυτό είναι ένα βάρος τεράστιο, τεράστιο... που δεν ξέρω αν θα μπορέσω να το αποβάλλω. »

#### **(Περίπτωση 6)**

Άλλοι συμμετέχοντες έκαναν διττές σκέψεις. Πιο αισιόδοξες σκέψεις από την μια πλευρά αλλά απαισιόδοξες μετά από την πρώτη αποτυχία.

«Σκεφτόμουν ότι αφού υπάρχει αυτός ο τρόπος, θα τα καταφέρουμε. Η αισιοδοξία υπερισχύει...Μετά όμως από τις αποτυχίες, σκέφτεσαι ότι δεν θα γίνει ποτέ! Δεν θα γίνει ποτέ...»

#### **(Περίπτωση 2)**

Άλλοι συμμετέχοντες είχαν δημιουργήσει την πεποίθηση ότι μπορεί να μην γίνει με φυσικό τρόπο αλλά μπορεί με τεχνητό τρόπο.

«... απλώς ότι γίνονται οικογένειες και παιδιά με την υποβοηθούμενη γονιμοποίηση. Υπάρχει δηλαδή, τρόπος, πλέον.»

#### **(Περίπτωση 4)**

«Το βλέπω στο μυαλό μου έτσι, δεν μπορούμε να κάνουμε παιδιά με φυσικό τρόπο. Μπορούμε όμως να κάνω παιδιά με τεχνητό τρόπο.»

#### **(Περίπτωση 8)**

## **4.4 Η απόφαση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

Το να καταφύγει ένα ζευγάρι σε κάποιον εξωσωματιστή, σημαίνει πως έχει προσπαθήσει για ένα εύλογο διάστημα (περίπου ένα έτος) να τεκνοποιήσει με φυσιολογικό τρόπο αλλά έχει στεφθεί με αποτυχία, καθώς σε καμία περίπτωση η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν αποτελεί πρώτη επιλογή των ζευγαριών. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η υποβοηθούμενη γονιμοποίηση αποτελεί την μοναδική επιλογή που έχει το ζευγάρι για να τεκνοποιήσουν. Σε άλλες περιπτώσεις, η αυξημένη ηλικία των ατόμων αποτελεί έναν σημαντικό μοχλό πίεσης για να οδηγηθούν στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

### **4.4.1 Η εξωσωματική ως η μόνη επιλογή**

Η λήψη της απόφασης για εξωσωματική γονιμοποίηση σε πολλές των περιπτώσεων αποτελεί μια μονόδρομη επιλογή και ίσως γι αυτό, να μην αποτελεί πάντα μια δύσκολη διεργασία για τα άτομα που καλούνται να την πάρουν. Επίσης, η παρότρυνση του γιατρού συμβάλλει θετικά στην λήψη της απόφασης.

«Και μετά πήγαμε στην Πάτρα σε ένα εξειδικευμένο κέντρο για να γίνει και η εξέταση, και κατευθείαν εκεί ανδρολόγος μας είπε ότι δεν υπάρχει περίπτωση και να προχωρήσουμε σε εξωσωματική. Δηλαδή, ούτε για σπερματέγχυση δεν το συζητούσε.»

#### **(Περίπτωση 2)**

«Εμείς λοιπόν, από τη στιγμή που δεν μπορούσαμε να βγάλουμε άκρη, αφού λοιπόν δεν μπορούσαμε να... δοκιμάσαμε με κάποια... δοκιμάσαμε με φυσικό τρόπο, δοκιμάσαμε με σπερματεγχύσεις, δεν πέτυχε... Οπότε, αυτό είναι που δεν υπάρχει κάποιο αντικειμενικό πρόβλημα και ότι με μία εξωσωματική θα μείνει έγκυος, πήγαμε κατευθείαν εκεί. Σε ένα λεπτό την πήραμε. Όταν πήγαμε και ο μαιευτήρας της γυναίκας μου της είπε "

Ξέρεις κάτι; Προχώρα να κάνεις μια εξωσωματική να τελειώνεις", μπήκαμε στα χαρτιά, μαζέψαμε στα χαρτιά, ότι χρειαζότανε και...»

### **(Περίπτωση 3)**

«Προσπαθούμε στην αρχή και και κάποιου προβλήματος δικού μου, ολιγοσπερμίας... Ξεκινήσαμε στην αρχή μόνοι μας και και δεν πετύχαινε και μετά κάναμε κάποιες εξετάσεις.. Επειδή όμως προσπαθούσα, προσπαθούσαμε και δεν έγινε, προχωρήσαμε στην υποβοηθούμενη.»

### **(Περίπτωση 4)**

Σε άλλη περίπτωση, το άγχος της ηλικίας και η ώθηση του γιατρού αποτέλεσε τους παράγοντες για την λήψη της απόφασης.

«Επίσης, ένα πράγμα που.. που με επηρεάζει πάρα πολύ είναι ο κύκλος μου. Δηλαδή, 8 στους 10 ήταν μικρότερης ηλικίας όταν γεννήθηκαν τα παιδιά τους.»

### **(Περίπτωση 1)**

«Έτσι, αποφασίσαμε να πάμε για εξωσωματική, ναι. Λόγω ηλικίας περισσότερο, για να πάμε πιο γρήγορα. Γι αυτό το λόγο αποφασίσαμε να πάμε σε εξωσωματική για πολλές πιθανότητες, όπως μας είπε ο γυναικολόγος από την στιγμή που και οι δυο είμαστε υγιείς και η σύζυγος κάνει πολλά ωάρια, θα έχουμε σίγουρα αποτελέσματα. »

### **(Περίπτωση 5)**

«Εκεί κατάλαβα ότι μπαίνουμε σε έναν κύκλο όπου εκεί θα φέρει, επειδή μεγαλώνοντας και εγώ δεν είμαι 20 χρονών – 25, και ίσως αυτό με επηρεάζει και να μου φέρει ένα επιπρόσθετο βάρος, αυτό, ένα άγχος»

#### **(Περίπτωση 7)**

Σε άλλη περίπτωση όμως, φαίνεται πως η απόφαση πάρθηκε χωρίς δεύτερη σκέψη, με αποτέλεσμα να μη συνειδητοποιήσει τι είναι αυτό που πάει να κάνει.

«Από την διάγνωση μέχρι την εξωσωματική, υπήρξε ένα περιθώριο 15 ημερών. Έγινε κατευθείαν. Επομένως, δεν πρόλαβα να καταλάβω αυτό που πάμε να κάνουμε... άρχισε η σύζυγός τις ενέσεις..έγιναν τόσο πολύ... το ένα μετά το άλλο, που δεν προλάβαινα να κάτσω να σκεφτώ τι πάμε να κάνουμε, ήταν σαν να πατάς ένα κουμπάκι και να προχωράς σαν ρομποτάκι. Ότι κάνω αυτό, αυτό και εκείνο. Δεν σκέφτηκα γιατί το κάνω.»

#### **(Περίπτωση 6)**

### **4.4.2 Τα κίνητρα για την εξωσωματική**

Τα κίνητρα στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πλειάδα των περιπτώσεων. Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους είχαν ως μοναδικό κίνητρο την δημιουργία οικογένειας και την απόκτηση απογόνων.

«Η επιθυμία για δημιουργία οικογένειας.»

#### **(Περίπτωση 4)**

«Όχι κάτι συγκεκριμένο. Αλλά το είχαμε δεδομένο ότι κάποια στιγμή θα αποκτήσουμε μία οικογένεια. Ως εκεί. Εντάξει, η σύζυγος είναι στο χώρο της εκπαίδευσης, είναι σε επαφή με παιδιά, οπότε, την έβλεπα πώς κινείται, ότι είναι μία γυναίκα η οποία θέλει παιδιά, της αρέσουν, μου άρεσε έτσι εικόνα και το θεωρούσα δεδομένο.»

#### **(Περίπτωση 7)**



«Εμένα μου έχει γίνει αυτοσκοπός. Εγώ δεν θέλω τίποτα άλλο από τη ζωή μου, δεν βρίσκω καμία χαρά σε αυτά που κάναμε τόσα χρόνια, δηλαδή, δεν θέλω ούτε να βγω έξω ,καν έξω, εγώ τώρα θέλω οικογένεια.»

**(Περίπτωση 8)**

Ιδανικά, η επίτευξή της απόκτησης ενός παιδιού θα ήθελαν να γίνει το συντομότερο δυνατό.

«Η επίσπευση, να επισπεύσουμε το αποτέλεσμα. Δηλαδή, όσο πιο γρήγορα γίνεται να έρθουμε... στην απόκτηση ενός παιδιού, βέβαια.»

**(Περίπτωση 1)**

Σε άλλη περίπτωση το ισχυρότερο κίνητρο αποτέλεσε η επιθυμία να εξαντλήσουν κάθε ευκαιρία και δυνατότητα για την απόκτηση απογόνου.

«...να αποκτήσουμε ένα παιδί... Ναι, δεν υπήρχε άλλος τρόπος και τουλάχιστον να πω ότι το προσπαθήσαμε..Δηλαδή, από ένα σημείο και μετά αυτό λέμε ότι "μπορεί να μην φτάσουμε τελικά στο αποτέλεσμα αλλά το προσπαθήσαμε".

**(Περίπτωση 2)**

#### **4.4.3. Η προχωρημένη ηλικία ως μοχλός πίεσης**

Η ψυχολογία των ανδρών, ανεξάρτητα αν η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα, επηρεάζεται και από την αυξημένη ηλικία καθώς η δυνατότητα για πατρότητα αποτελεί σημαντικό εξελικτικό στάδιο στην ζωή ενός ατόμου.

«Σκεπτόμενος από άλλη σκοπιά, άλλη οπτική αισθάνομαι ότι διαφορετικά να ήταν τα πράγματα, πάλι θα αισθανόμουν πίεση από το χρόνο. Νομίζω αυτό προκύπτει

από.. από την οικογένεια που έχουμε από πίσω... από αυτά που έχουμε, πώς προκύπτει το άγχος... ότι έβλεπα σε όλους τις διαφορές ηλικίας ακόμα και σε μένα και στη μάνα μου, η οποία ήταν 16 χρονών όταν γεννήθηκα εγώ... ήταν μικρή, ναι είναι ένα μέτρο σύγκρισης.»

#### **(Περίπτωση 1)**

«Περισσότερο σε μένα κίνησα τη σύζυγο για θέμα της ηλικίας γιατί είχε αγχωθεί ότι πλησιάζει τα 40. Και ότι αγχωνόταν από αυτά που τις λέγανε ότι άμα ξεπεράσει τα 40 μετά δύσκολα μένεις έγκυος και με εξωσωματική. Και προχωρήσαμε σε αυτή τη διαδικασία.»

#### **(Περίπτωση 5)**

«..Μεγάλος και ότι, τώρα στα δικά μου μάτια.. στα δικά μου μάτια αισθάνομαι ότι είμαι μεγάλος και ότι δεν υπάρχουν περιθώρια για τυχόν άλλους κύκλους εξετάσεων.»

#### **(Περίπτωση 7)**

### **4.5 Η εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης βιώνεται από τα άτομα με ποικίλα συναισθήματα και εμπεριέχει διάφορες εκφάνσεις. Αναμφισβήτητα, είναι μια αγχωτική και στρεσογόνοσ περίοδοσ στην ζωή του ατόμου καθώς περιλαμβάνει αρκετές παραμέτρους τους οποίους το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει. Η διαχείριση των συναισθηματικών διακυμάνσεων, τα πιθανά μειονεκτήματα, το οικονομικό κόστος της θεραπείας, η έκβαση της θεραπείας, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν κάποιους από τις παραμέτρους αυτούς.

#### **4.5.1 Τα συναισθήματα πριν την έναρξη της εξωσωματικής**

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης τα συναισθήματα που δημιουργούνται είναι ποικίλα και σε ορισμένες περιπτώσεις τείνουν να υπάρχουν μεταπτώσεις ή κλιμάκωση της έντασης τους.

«Δεν υπήρχε διαφοροποίηση των συναισθημάτων μου, υπήρχε μία επιβάρυνση, μία μάλλον πολύ μικρή διαφοροποίηση ως προς το πιο πολύ άγχος, πιο πολύ στρεσάρισμα... Όχι πάλι ως προς το αποτέλεσμα, ως προς το κύκλο που αυτό θα φέρνει..»

**(Περίπτωση 1)**

«Νομίζω, πάλι αγχωμένος.»

**(Περίπτωση 2)**

«... πριν τη φάση της εξωσωματικής που εντάζει, εκεί στρεσάρεσαι λίγο λόγω της διαδικασίας..»

**(Περίπτωση 3)**

«Αρκετή αγωνία για να πάνε όλα καλά και προπαντός να μην δυσκολευτεί η Μ.»

**(Περίπτωση 6)**

«Ανάμεικτα αισθανόμουν εκείνη την περίοδο. Μεγάλη απογοήτευση και θλίψη αλλά ταυτόχρονα και μια μικρή ελπίδα ότι ίσως αυτή την φορά είναι η τυχερή μας..»

**(Περίπτωση 7)**

Ωστόσο, υπήρχαν και οι περιπτώσεις που οι ίδιοι βίωσαν την έναρξη της εξωσωματικής διαδικασίας με θετικά συναισθήματα.

«Εγώ προσωπικά, πάρα πολύ καλά. Η σύζυγος λίγο αγχωμένη γιατί σε αυτό το ταξίδι αυτή που θα ταλαιπωρηθεί είναι το γυναικείο φύλο.»

**(Περίπτωση 4)**

«αρκετά χαρούμενος.»

**(Περίπτωση 5)**

Ενώ ένας συμμετέχων φαίνεται πως δεν βίωσε κάποιο συναίσθημα κατά την έναρξη της διαδικασίας.

«Ξέρεις κάτι, όταν παίρνεις τέτοιου είδους αποφάσεις, πού είναι και λίγο... Πώς να στο παρομοιάσω τώρα, είναι σαν να μπαίνεις σε ένα μεγάλο κότσο και να κάνεις μία βουτιά μέσα στον ωκεανό. Όταν την πάρεις την απόφαση, κολυμπάς!»

**(Περίπτωση 8)**

#### **4.5.2 Τα συναισθήματα κατά την διάρκεια της διαδικασίας**

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια διαδικασία όπου τα ζευγάρια εναποθέτουν κάθε ελπίδα τους για να αποκτήσουν ένα παιδί. Επομένως, είναι φυσικό να αποτελεί μια στρεσογόνα συνθήκη για τα υπογόνιμα άτομα. Οι συμμετέχοντες βιώνουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης με συναισθήματα άγχους, στρες και με καταθλιπτικά συμπτώματα.

«Με πολλή στεναχώρια και στρες και βάρος μέσα μου, το οποίο δεν, δεν είναι εύκολο και κατανοητό να το καταλάβει κάποιος ότι το περνάω γιατί έξω φαίνομαι ο Ε. πού είμαι. Έξω φαίνομαι ο Ε. που ξέρουνε. Αλλά μέσα μου είναι τεράστια η πίεση. Μία

τεράστια πίεση που.. για το πιο απλό πράγμα..... που δυσκολεύομαι να... να σηκώσω το χέρι μου να χαιρετήσω κάποιον άνθρωπο. Είναι μετά δυσκολίας... Για όλο αυτό το βάρος και το στρες που λέω και που κάνω πολλές αναφορές πάνω σε αυτό, είναι τεράστιο.»

**(Περίπτωση 1)**

«Ξέρεις κάτι; Νιώθω περίεργα. Θέλω πολύ να πετύχει αλλά αγχώνομαι όταν σκέφτομαι ότι ίσως δεν τα καταφέρουμε.»

**(Περίπτωση 2)**

«Είμαι λίγο σχετικά αγχωμένος.. εγώ σχετικά.. η όλη διαδικασία.. το αν θα πετύχει ή οτιδήποτε... Γιατί η εξωσωματική σου δίνει ένα ποσοστό της τάξης του 70% - 80% επιτυχία. Άρα, υπάρχει ένα 20% - 30% αποτυχία. Κανένας γιατρός δεν σου λέει, δεν στο υπογράφει μάλλον, 100% ότι θα μείνεις έγκυος. Άρα υπάρχει και από μένα το ανάλογο στρες και άγχος της όλης διαδικασίας.»

**(Περίπτωση 5)**

«Ναι, με επιβαρύνει λίγο στην ψυχολογία γιατί πάντα υπάρχει αυτό το "αν". Αν δεν μείνει, τι θα γίνει; Εντάξει, αυτό έχει και... όταν τα κρατάς αυτά μέσα σου, κάποια στιγμή βγαίνει προς τα έξω, σαν κούραση, σαν οτιδήποτε.»

**(Περίπτωση 6)**

Μία περίπτωση αναφέρει πως βιώνει την διαδικασία με χαρά και ελπίδα.

«Τα συναισθήματα είναι απογοητευτικά όταν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό. Κατά την διάρκεια της προσπάθειας όμως, με χαρά και ελπίδα.»

**(Περίπτωση 4)**

Σε άλλη περίπτωση, δημιουργούνται αισθήματα θαυμασμού και ευγνωμοσύνης προς την σύντροφο για την προσπάθεια της να του χαρίσει ένα παιδί.

«Να εκτιμήσω καλύτερα το να έχεις ένα μωρό, να αναγνωρίσω την προσπάθεια από μέρους της γυναίκας μου πάνω σε αυτό. Ότι πόσο αξιότιμη είναι και πόσο θάρρος και δύναμη χρειάζεται να έχεις όταν το βιώνεις.»

### **(Περίπτωση 3)**

Επίσης, υπήρχαν περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες ήταν επικεντρωμένοι στο αποτέλεσμα και δεν άφηναν περιθώρια για οτιδήποτε άλλο, ούτε καν για το βίωμα κάποιου συναισθήματος.

«Δεν μου περνάει από το μυαλό, ότι δεν θα έρθει το αποτέλεσμα.»

### **(Περίπτωση 7)**

«Είναι μία περίοδος που δεν έχω πολλά εισερχόμενα μηνύματα. Ακόμα κι αν μου έρχονται, εγώ δεν μπορώ να τα λάβω και να το επεξεργαστώ. Οποιοδήποτε άλλο μήνυμα μου έρχεται είναι... το απορρίπτω αυτόματα χωρίς να το καταλάβω. Είμαι προσηλωμένος στο αποτέλεσμα. Οι σκέψεις μου δεν πηγαίνουν ούτε αριστερά ούτε δεξιά. Focus εκεί!»

### **(Περίπτωση 8)**

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Ying et al.,(2015) η περίοδος της αναμονής των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι η πιο στρεσογόνος περίοδος για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την διαδικασία της εμβρυομεταφοράς. Το ίδιο καταδεικνύεται και στην συγκεκριμένη έρευνα από τους συμμετέχοντες.

«Έχω άγχος, την περίοδο που περιμένεις τα αποτελέσματα είναι αγχωτική περίοδος..δηλαδή, δεν το συζητώ, εκείνη είναι μία περίοδος που μετράς ώρες, λεπτά...»

**(Περίπτωση 7)**

«Αύριο θα κάνουμε την εξέταση για να δούμε αν είναι θετικό το αποτέλεσμα και νιώθουμε πολύ άγχος και οι δυο»

**(Περίπτωση 4)**

### **4.5.3 Απόκρυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Οι άνδρες τείνουν να κρύβουν τις πληροφορίες που σχετίζονται με την αιτία της υπογονιμότητας και την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επομένως, οι συμμετέχοντες αναφέρουν πως κράτησαν κρυφή την εξωσωματική γονιμοποίηση από τους δικούς τους ανθρώπους ή το εμπιστεύτηκαν με πολύ λίγους.

«Στους γονείς ναι. Όχι όμως παραέξω δηλαδή, πολύ λίγα... όχι!»

**(Περίπτωση 1)**

«όχι, σε κανέναν. Ούτε στους κολλητούς μου.»

**(Περίπτωση 2)**

« Όχι, εγώ σε κανέναν, το ξέρουν μόνο οι γονείς μου... και ο αδερφός μου. Κανένας άλλος.»

**(Περίπτωση 8)**

«όλη την διαδικασία την κρατάμε κρυφή από τους γονείς μας και από τους οικείους μας, για το μόνο και λόγο για να μην την αγχώσουν τη σύζυγο με αυτό το θέμα. Δηλαδή, "τι έγινε;, αν έγινε, τι κάνεις; Τι σου είπε ο γιατρός;"».

#### **(Περίπτωση 5)**

Επίσης, μια περίπτωση τόνισε και το γενικό αίσθημα που επικρατεί στα υπογόνιμα ζευγάρια τα οποία δύσκολα εκμυστηρεύονται την απόφασή τους για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

«Γιατί ξέρεις τι συμβαίνει, δεν σου ανοίγονται κιάλας. Μπορεί να είναι δίπλα σου, να κάνουν εξωσωματική και να μην το ξέρεις.»

#### **(Περίπτωση 4)**

### **4.5.4 Τα πλεονεκτήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Η εξωσωματική γονιμοποίηση ως μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αποφυγής γενετικών ασθενειών και βελτίωσης της παραγωγικότητας των ζώων αποτελεί ένα σημαντικό βιοϊατρικό τεχνολογικό μέσον. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής όπως τα βίωσαν οι ίδιοι κατά την διάρκεια της διαδικασίας.

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ως το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης την απόκτηση ενός ή περισσότερων απογόνων από μια τεκνοποίηση, που σε κάποιες περιπτώσεις θα συμβάλλει ενεργά και στην διατήρηση του γάμου τους.

«Τα πλεονεκτήματα της εξωσωματικής είναι ότι έχεις πάρα πολλές πιθανότητες να κάνεις δύο και τρία μαζί παιδιά. Είναι σοβαρό πλεονέκτημα, το έχουμε δει δηλαδή, το έχω δει σε φίλους μου, και εφόσον θες δηλαδή, πολλά παιδιά έχεις πάρα πολλές



πιθανότητες, ακόμα υπάρχουν πάρα πολλές πιθανότητες να κάνεις και από δύο και πάνω.»

#### **(Περίπτωση 1)**

«Σαφώς το πλεονέκτημα είναι ότι πλέον δίνει την δυνατότητα στα ζευγάρια να τεκνοποιήσουν και να φτάσουν σε αυτό το αποτέλεσμα, στο πολυπόθητο. Είναι μεγάλη υπόθεση, εμείς θα το είχαμε αποκλείσει αν δεν υπήρχε αυτή η μέθοδος. Ενδεχομένως, πολλά ζευγάρια χωρίζουν λόγω αυτού»

#### **(Περίπτωση 2)**

«τα πλεονεκτήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης ξεκάθαρα είναι ότι για κάποιες περιπτώσεις παιδιών ή γυναικών... γυναικών ή αγοριών με σοβαρότερα προβλήματα, που δεν θα μπορούσαν να αποκτήσουν ποτέ παιδάκι... με μία μικρή σχετικά προσπάθεια, γιατί δεν είναι κάτι επίπονο φοβερά, να αποκτήσεις το δικό σου παιδί»

#### **(Περίπτωση 3)**

«Η επίτευξη του σκοπού αυτού. Τίποτε άλλο! Και δηλαδή, και μόνο αυτό φτάνει.»

#### **(Περίπτωση 4)**

«Στην εξωσωματική έχεις πιο πολλές πιθανότητες να μείνεις έγκυος, το να μείνει η γυναίκα έγκυος. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο σοβαρό πρόβλημα υγείας, σου δίνει την επιλογή η εξωσωματική να κάνεις το όνειρό σου πραγματικότητα, όπως πιστεύω κάθε άνθρωπος θα θέλει να γίνει γονιός. Είτε είναι άντρας, είτε είναι γυναίκα.»

#### **(Περίπτωση 5)**

Η απόκτηση απογόνου μέσω κατεψυγμένων ωαρίων αποτελεί ακόμη μια θετική πλευρά της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς ελαχιστοποιεί την περαιτέρω ταλαιπωρία του γυναικείου σώματος με επιπλέον φαρμακευτικές αγωγές και διαδικασίες πρόκλησης.

«Και μπορείς να καταψύξεις, όπως κάναμε και εμείς, έμβρυα και να προχωρήσεις με μια μεταφορά χωρίς να πάρει η γυναίκα ξανά φάρμακα. Πλέον, ιατρικά στο λέω αυτό, τα πρωτόκολλα λένε ότι συνήθως έχουν αρχίσει και καταψύχουν τα νωπά έμβρυα, δηλαδή, τα έμβρυα που θα γονιμοποιηθούν, προτιμούν οι γιατροί να τα καταψύχουν για κάποιους μήνες έτσι ώστε, εντός εισαγωγικών να ηρεμήσει κατά κάποιο τρόπο από την θεραπεία η μήτρα και να είναι πιο εύκολο στην εμφύτευση»

#### **(Περίπτωση 6)**

Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρουσιάζεται επίσης ως μια καλή ευκαιρία για έναν εξονυχιστικό προγεννητικό έλεγχο, που τα περισσότερα ζευγάρια δεν ακολουθούν όταν επιδιώκουν να τεκνοποιήσουν με φυσικό τρόπο.

«ας περάσω και σένα πλεονέκτημα, είναι και η απλή επαφή. Υπάρχει και ένα μειονέκτημα ότι ο κόσμος δεν εξετάζεται μεταξύ του για το τι μπορεί να γίνει, προχωράνε στην απλή επαφή και... εγώ δεν λέω για προβλήματα ας πούμε, ό,τι προβλήματα που προκύπτουν στην εγκυμοσύνη. Ενώ με την εξωσωματική τουλάχιστον, είσαι σίγουρος ότι και ο άντρας και η γυναίκα είναι σε καλή..εεε, η υγεία τους είναι καλή.»

#### **(Περίπτωση 7)**

### **4.5.5 Τα μειονεκτήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Εκτός από τα πλεονεκτήματα, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν και τις πιο μελανές πτυχές της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι ενδεχόμενες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής στην ψυχική και σωματική υγεία της συντρόφου, η καταπόνηση του γυναικείου σώματος, το οικονομικό κόστος της διαδικασίας και η εκμετάλλευση μερικών ιατρικών κέντρων αποτέλεσαν τα κύρια μειονεκτήματα.

#### 4.5.5.1 Η σωματική καταπόνηση των συζύγων

Εκτός από την φυσική καταπόνηση του γυναικείου σώματος δημιουργείται επιπλέον άγχος και στρες για πιθανές επιπλοκές και παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή.

«Ένα μειονέκτημα πού βρίσκω δηλαδή, ... είναι ότι νομίζω ότι υπάρχει μία ταλαιπωρία παραπάνω για τις γυναίκες... θα πρέπει να γίνει ωληψία σε όποιον δεν έχει γίνει, πρέπει να ξαναπεράσει ένα κύκλο εξετάσεων, να δούνε πόσο, σε τι βαθμό βρίσκεται η υγεία της, σε τι κατάσταση βρίσκεται η υγεία της, και προφανώς υπάρχει ένας κύκλος εξετάσεων ο οποίος δεν είναι από την απλή επαφή που συνευρέθηκε και κάποιος στο κρεβάτι με τη σύζυγο και... σωματικά παραπάνω, ίσως, κάποια φάρμακα που θα χρειαστούν παραπάνω και... »

**(Περίπτωση 1)**

«Μειονέκτημα είναι μόνο το στρες που δημιουργείται στη γυναίκα λόγω των φαρμάκων που παίρνει και τις ορμόνες.. ε,ε... Αυτό γιατί όλα εσείς τα τραβάτε όχι εμείς οι άντρες... γιατί εμείς αυτό που κάνω είναι να πάμε σε ένα δωμάτιο να κάνουμε αυτό που πρέπει να κάνουμε και τελειώσαμε. Από κει και πέρα μετά, είναι αποκλειστικά, οι ενέσεις, τα φάρμακα για.. η ταλαιπωρία της γυναίκας...»

**(Περίπτωση 5)**

«Επομένως, υπάρχει αυτό το άγχος, να μην κάνει πολλά ωάρια γιατί μετά θα είναι δύσκολη η διαδικασία. Μετά πάμε σε άλλες διαδικασίες. Πιο πολύ άγχος υπάρχει... όταν γίνεται υπερδιέγερση τότε μας έχουν πει ότι ίσως χρειαστεί να μείνουμε στην Αθήνα γιατί πρέπει να μας παρακολουθεί κάποιος γιατρός, Ίσως να αφαιρεί κάποιο υγρό, να μαζέψει υγρό η κοιλιά, κάτι τέτοιο μας έχουν πει. Επομένως, υπάρχει κάτι αόρατο που πρέπει να προσέχουμε..»

**(Περίπτωση 7)**

«Τώρα τα μειονεκτήματα για.. όσον αφορά το γυναικείο φύλο, είναι λίγο ο φόβος στην επίρεια των φαρμάκων. Όλα αυτά τα φάρμακα προκαλούν, προκαλέσουν τίποτα καρκινογενέσεις στο μέλλον. Υπάρχει αυτή η καχυποψία από τις γυναίκες. Εάν στα φάρμακα που παίρνουν για την εξωσωματική, υπάρχει η καχυποψία μήπως δημιουργήσουν στο μέλλον καρκινοπλασίες.»

**(Περίπτωση 4)**

«Η σύζυγος τυχαία μετά από μία εξέταση βρέθηκε ότι έχει κάποιες εστίες από μυελίνωση. Στον εγκέφαλο η πίεση είναι μία αρχή σκλήρυνσης και.. και ξέρω ότι κάθε φορά που πηγαίνουμε σε έναν γιατρό και του λέμε για την εξωσωματική βάζει ένα ερωτηματικό για το αν προκλήθηκε από την εξωσωματική, πονάει πάρα πολύ... Εγώ όμως, το κουβαλάω αυτό μέσα μου. Για την ενδεχόμενη ευθύνη για όλο αυτό. Γιατί ο αντίκτυπος είναι σε εκείνη, δεν είναι σε κάποιον άλλον... βάζουν ένα ερωτηματικό για όλες αυτές τις ορμόνες, όλη αυτή τη διαδικασία χωρίς να υπάρχουν κάποιες αποδείξεις, αλλά μόνο που μπαίνει το ερωτηματικό εκεί από τον κάθε ειδικό που πάμε ξέρω ότι εκείνη τη στιγμή είναι μία μαχαιριά.»

**(Περίπτωση 2)**

#### **4.5.5.2 Πολλαπλές κυήσεις και ενδεχόμενη επικινδυνότητα**

Ακόμη, οι πολλές κυήσεις και οι ενδεχόμενες γενετικές αναπτυξιακές διαταραχές στο έμβρυο ως παρενέργεια των φαρμάκων θεωρήθηκε ακόμη ένας αρνητικός παράγοντας της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

«Μειονεκτήματα... εντάξει, τα μειονεκτήματα.. ίσως, οι δίδυμες κυήσεις. Πας για ένα και βρίσκεσαι με τρία. Δεν είσαι έτοιμος αλλά σου λένε ότι θα σου εμφυτεύσουν 3, 2. Αυτό σίγουρα είναι το μειονέκτημα. Τώρα, όλο το υπόλοιπο κομμάτι.. τι επιπτώσεις μπορεί να έχει ως προς το παιδί αυτό και τι κινδύνους έχει..ε..ε., εντάξει, «...» ξέρουμε

ότι υπάρχει μία θεωρία ότι η γονιμοποίηση μπορεί να προκαλέσει αυτισμό, μπορεί να προκαλέσει αυξημένα ποσοστά παιδιών που είναι στο φάσμα του αυτισμού.»

**(Περίπτωση 8)**

#### **4.5.5.3 Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως κερδοφόρα επιχείρηση**

Σε κάποιες περιπτώσεις, η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρουσιάστηκε ως κερδοφόρα επιχείρηση.

«...γιατί σε αυτά τα κέντρα δεν υπάρχει ιδιωτικότητα. Είναι στοιβαγμένες οι γυναίκες η μία δίπλα στην άλλη και μπορεί η διπλανή να κλαίει, η μπροστινή να πονάει και να έρχονται και γιατροί και να τις λένε και πραγματικά βλακείες, ψέματα που τα καταλάβαινε η σύζυγος εκείνη την ώρα... Υπήρχαν οι κοπέλες που ήταν εκεί και βλέπαμε ότι το θέλουν τόσο πολύ.. Δηλαδή, η σύζυγος έβγαινε έξω και ήταν χάλια από αυτά που άκουγε εκεί μέσα. Νέες κοπέλες, πάρα πολύ κλάμα από τις νέες κοπέλες, πολύ άγχος, πολύ ψέμα από τους γιατρούς. Δηλαδή, πραγματικά πουλάνε ελπίδες.»

**(Περίπτωση 2)**

«Και ένα σημαντικό, σημαντικό πράγμα είναι να πας σε ένα πιστοποιημένο κέντρο και να ρωτήσεις, γιατί οι αποτυχίες εξαρτώνται... και πλέον για μερικούς έχει καταντήσει εμπόριο και εύκολα μπορούν να σε ξεγελάσουν.»

**(Περίπτωση 4)**

«Είναι μεγάλη μπίζνα και παίζονται πολλά συμφέροντα. Υπάρχει πολύς κόσμος από το εξωτερικό που έρχεται στην Ελλάδα να κάνει εξωσωματική. Ιδίως όταν ξεκινήσαμε διότι υπάρχει ένα πιο χαλαρό νομικό πλαίσιο. Στο εξωτερικό ας πούμε σε κάποιες χώρες επιτρέπονταν ένα ωάριο γονιμοποιημένο να εμφυτεύσεις. Εδώ υπήρχε μία απλοχεριά, βάζανε, βάζανε, επομένως, υπήρχε κόσμος πολύς αυτό που λέμε ιατρικός τουρισμός.»

## (Περίπτωση 7)

«Υπήρχαν κοπέλες που κάνουν εξωσωματική και δεν πετύχαιναν και στο τέλος άλλαζαν εξωσωματικό και διαπίστωναν ότι τις είχαν δέσει τις σάλπιγγες για να μην πιάνει. Για να μπορέσουν να αποσπάσουν όσο το δυνατόν περισσότερα χρήματα. Δεν σε βλέπουν ως άνθρωπο, σε βλέπουν πραγματικά ως ευρώ. Αυτό είναι στα μειονεκτήματα η εκμετάλλευση που πέφτει. Είναι το εμπόριο της ελπίδας γιατί έχεις την ανάγκη να πιστέψεις σε κάτι. Πολλή εκμετάλλευση.»

## (Περίπτωση 6)

### 4.5.5.4 Το ιατρικό προσωπικό

Οι συμμετέχοντες μέσα από την επιλογή του γιατρού πέρα από το αίσθημα ασφάλειας, προσδοκούν να χτίσουν μια ειλικρινή σχέση όπου μέσα από την ενθάρρυνση τους, παίρνουν δύναμη να συνεχίσουν. Ιδιαίτερη βάση δίνουν και στην κατάρτιση του γιατρού καθώς πιστεύουν πως συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχία ή την αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

«Εμείς έχουμε επιλέξει έναν γιατρό ο οποίος είναι.. αυτό που λέμε “κάφρος”. Ξέρουμε ότι δεν θα μας πει ψέματα. Δηλαδή, μετά την δεύτερη εξωσωματική του λέω "Γιατρέ πάλι αποτύχαμε" και μου λέει "Καλά δεν το πιστεύω, όλες οι άλλες σακαράκες που είχαν έρθει πέτυχαν και η σύζυγός σου δεν πέτυχε. Ε, τι να κάνουμε, τυχερά είναι αυτά". Δηλαδή, είναι ένας άνθρωπος που δεν θα μας χρυσώσει το χάπι. Μας λέει τα πράγματα έτσι όπως είναι. Ενώ ήταν άλλοι που το ψέμα για το χρήμα, πάρα πολύ χρήμα.. Και εμείς πήγαμε συνειδητά στον άνθρωπο που ξέραμε ότι δεν έχει συναισθήματα, κάνει απλά τη δουλειά του και αυτό θέλαμε.»

## (Περίπτωση 2)

«με την ενθάρρυνση των γιατρών μου είπανε ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις...ε...ε.. Με την ολιγοσπερμία που πετυχαίνουν και με φυσιολογικό.»

#### **(Περίπτωση 4)**

«Τα ζευγάρια να το ψάξουνε πολύ καλά το που θα πάνε γιατί και η αποτυχία της εξωσωματικής εξαρτάται σίγουρα και από τους φαινομενικά γιατρούς που μπορούν να την κάνουνε και υπάρχουν πολλοί.»

#### **(Περίπτωση 5)**

«Ένα σημαντικό, ενα 90% πάνω σε αυτό, το δρόμο της εξωσωματικής παίζει ο γιατρός ή η μαία. Η αμεσότητα που θα δείξει με την γυναίκα. Η άνεση, η άμεση επικοινωνία μου θα έχει και μετά όταν θα φύγει από το ιατρείο, να τον πάρει ένα τηλέφωνο στα προβλήματα που θα συναντήσει. Όχι να στείλεις ένα μήνυμα ή ένα email που δεν ξέρεις ποιός θα σου απαντήσει από πίσω.. Να αναπτύξεις μια σχέση.. Να σε ακούσει από την άλλη γραμμή του τηλεφώνου. Παίζει πολύ σημαντικό ρόλο.»

#### **(Περίπτωση 6)**

«Υπάρχουν και πολλά πιστοποιημένα κέντρα όπου η συμπεριφορά των γιατρών είναι πολύ ψυχρή. Πάντα, πάντα παίζει ρόλο η αμεσότητα και η προσωπική σχέση που σου δείχνει ο γιατρός.... Σε κάποιον που πήγαμε πριν και τελικά δεν άξιζε. Έβαλε την σύζυγό μου σε μια διαδικασία που ταλαιπωρήθηκε χωρίς λόγο.»

#### **(Περίπτωση 7)**

#### **4.5.5.5 Το οικονομικό κόστος της διαδικασίας**

Το οικονομικό κόστος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα και πολλές φορές αποτρεπτικό ίσως, για πολλά ζευγάρια που σκέφτονται να προχωρήσουν στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

«...δεν συζητάμε την οικονομική επιβάρυνση, είναι τεράστια, ιδίως στους μισθωτούς. Εγώ είμαι ιδιωτικός υπάλληλος και η σύζυγος είναι στο δημόσιο. Δεν είναι ότι έχουμε κάποιο κεφάλαιο τεράστιο στην πλάτη... η οικονομική επιβάρυνση είναι πάρα πολύ μεγάλη...»

**(Περίπτωση 2)**

«Το μοναδικό μειονέκτημα που θα μπορούσε κάποιος να πει είναι ότι κάπως το κόστος»

**(Περίπτωση 3)**

«Για τον άνδρα δεν υπάρχει κανένα μειονέκτημα. Το μειονέκτημα είναι το οικονομικό κόστος... Ένα μειονέκτημα είναι το οικονομικό κόστος το οποίο μπορεί πλέον το κράτος να δίνει σαν επίδομα, πέρα από τα φάρμακα, ένα αρκετό ποσόν.»

**(Περίπτωση 6)**

#### **4.5.5.6 Η αποτυχία της εξωσωματικής**

Το ενδεχόμενο μιας αποτυχημένης προσπάθειας αποτελεί πάντα μια πιθανότητα και από τον ιατρικό κλάδο αλλά και στις σκέψεις των υπογόνιμων ζευγαριών. Ωστόσο, όταν η πιθανότητα γίνεται βεβαίωση τότε η συναισθηματική εμπειρία της αποτυχίας της εξωσωματικής βιώνεται με έντονα συναισθήματα και κάποιες φορές ανάμεικτα.



«...στις αποτυχίες είναι λίγο πιο έντονα τα συναισθήματα... Ηλικιακά μεγάλα ζευγάρια, γυναίκες που ακούς στην αίθουσα αναμονής πάρα πολλά προβλήματα και έλεγες "εντάξει, δεν έχουμε κανένα πρόβλημα, η Π. δε έχει κανένα πρόβλημα απολύτως", ίσα-ίσα η Π. έχει και ένα ιστορικό με κάποιες συλλήψεις πριν.. πριν γνωρίσει εμένα, άρα θα πετύχουμε. Και όταν ήρθε η πρώτη αποτυχία, το σοκ! Η πρώτη αποτυχία ήταν μεγάλο σοκ. Δεν πιστεύαμε ότι δεν θα τα καταφέρουμε. Ήμουν σίγουρος ότι θα τα καταφέρουμε, δεν ξέρω πώς είχε γεννηθεί αυτή η σιγουριά. Μετά, την δεύτερη φορά, ήταν πιο συγκρατημένα.. Μετά την δεύτερη αποτυχία, καταλαβαίνεις ότι μάλλον, πολύ δύσκολα θα πετύχεις.»

### (Περίπτωση 2)

«Ήταν μία αυτοματοποιημένη διαδικασία όλα. Το θέμα είναι ότι μετά έπεσαν όλες αυτές οι συγκυρίες οι άσχημες, επομένως, γενικότερα χάσαμε τη γη κάτω από τα πόδια. Και όταν ήρθε η πρώτη αποτυχία, νομίζω ότι εκεί πενήσαμε όχι μόνο την αποτυχία αλλά και ό,τι είχαμε βιώσει εκείνο το διάστημα.»

### (Περίπτωση 7)

«...δηλαδή, είχαμε απομονωθεί πάρα πολύ. Αλλά ήταν σε συνδυασμό με ένα πολύ έντονο διάστημα. Ναι, μεν υπήρξε πένθος αλλά υπήρξε και μία απελευθέρωση εκείνη την ώρα. Δηλαδή, ήταν πολύ ανάμεικτα τα συναισθήματα γιατί δεν ήμασταν καλά που δεν έγινε η πρώτη φορά. Ναι, μεν υπήρξε ένα πένθος στην αρχή γιατί είσαι σίγουρος ότι θα τα καταφέρεις αλλά ένα μικρό κομμάτι σου νιώθει και μία ανακούφιση γιατί όταν υπάρχει μία τέτοια διαδικασία τόσο γρήγορα, δεν ρωτάς τον εαυτό σου "είναι έτοιμος να κάνω παιδί;". Πρώτα λες στον εαυτό σου "πρέπει να μπω σε αυτή τη διαδικασία για να αποκτήσω παιδί". Δεν ξέρεις τελικά, αν είσαι έτοιμος. »

Και λίγο αργότερα,

«Αρνητικά σε επηρεάζει όταν δεν πετύχει. Σίγουρα κάνεις την προσπάθεια και περιμένεις για το θετικό. Όταν όμως βγαίνει το αποτέλεσμα και ένα αρνητικό, τότε καταρρέεις. Πρέπει να βρεις τη δύναμη πάλι να ξανασηκωθείς.»

**(Περίπτωση 4)**

«..γιατί πρέπει να φανώ και δυνατός σε περίπτωση που υπάρχει και μια αποτυχία.»

**(Περίπτωση 5)**

#### **4.5.6 Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον**

Πολλές φορές η υπογονιμότητα επηρεάζει την σχέση του ατόμου με τους σημαντικούς για εκείνον άλλους, όπως είναι η οικογένεια και τα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

##### **4.5.6.1 Η αντιμετώπιση του περιβάλλοντος**

Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον παρουσίασε ανάμεικτες αντιδράσεις στους συμμετέχοντες. Οι περισσότεροι ήταν υποστηρικτικοί με την διαδικασία όταν τους γνωστοποιήθηκε. Άλλοι έκαναν τους συμμετέχοντες να αισθάνονται μειονεκτικά με της ερωτήσεις τους, ενώ μερικοί συμμετέχοντες επέλεξαν να το κρατήσουν κρυφό από τους οικείους τους για να μην αισθανθούν πίεση από το κοινωνικό περιβάλλον.

«Δεν υπήρχε κάποια ιδιαίτερη αντίδραση. Σα να συζητάμε αν δηλαδή, το νερό που θα πιούμε θα είναι... σαν μία καθημερινή συζήτηση και δεν είναι και καθημερινή. Το πήραν πολύ φυσιολογικά δηλαδή.»

**(Περίπτωση 1)**

«Ναι, Ναι, Ναι! Γενικά οι δικοί μας το ξέρουν όλοι... Όχι ιδιαίτερα άσχημα. Υποστηρικτικά, θα έλεγα.»

**(Περίπτωση 3)**

«Σίγουρα! Μα το ξέρουνε και με στηρίζουν.»

**(Περίπτωση 4)**

«Όχι ούτε με τους οικείους μας, ούτε με τους φίλους, ούτε με τους γονείς μας, ακόμα και στο χώρο εργασίας που το ξέρουν, είναι μαζί μας.»

**(Περίπτωση 6)**

«Το γενικότερο κλίμα, ήταν κλίμα συσπείρωσης και ήρθαμε κοντά, πιο κοντά με, με ανθρώπους.»

**(Περίπτωση 7)**

«Όταν παντρευτήκαμε και πήγαμε και κάναμε την εξέταση, ε..., εντάξει, οι γονείς μου κατευθείαν μου είπαν ότι θα είναι δίπλα μας και θα μας υποστηρίζουν και οικονομικά και με κάθε τρόπο..»

**(Περίπτωση 8)**

«Σε κανέναν, σε κανέναν! Η μόνη δηλαδή που το ήξερε ήτανε μόνο μία φίλη.... χάρηκε που πήραμε αυτήν την απόφαση.»

**(Περίπτωση 5)**

«η πρώτη αντίδραση του πατέρα μου, όταν έγινε η πρώτη εξέταση, μία αντίδραση, μάλλον πάνω στον πανικό του, ήτανε να μου πει να μην το πω. Να μην πω τίποτα. Νομίζω, ότι είχε σοκαριστεί πάρα πολύ γιατί ήταν κάτι το οποίο προφανώς, δεν είχε ξαναζήσει ούτε και αυτός στο περιβάλλον του και η πρώτη του αντίδραση ήταν αυτή. Ε...,

η μητέρα μου από την άλλη ήταν ότι "όλα θα πάνε καλά και μην ανησυχείς. Και μία εξέταση ήτανε..". Δηλαδή, δεν είχε.. Δεν ήθελε να μου μεταδώσει κάποια βαρύτητα από το αποτέλεσμα.»

## (Περίπτωση 2)

Ακόμη, οι υπογόνιμοι άνδρες κατακλύζονται από αισθήματα θλίψης, θυμού, άγχους και απογοήτευσης όταν διαγιγνώσκονται οι ίδιοι με το πρόβλημα της υπογονιμότητας ή όταν ο κοινωνικός τους περίγυρος αναρωτιέται πότε θα τεκνοποιήσουν, ασκώντας τους με αυτό τον τρόπο έμμεση ψυχολογική πίεση.

«Ίσα-ίσα, έχουμε μία κακιά συνήθεια. Όταν παντρεύεται ένα ζευγάρι να του λένε "άντε, πότε θα κάνετε κανένα παιδί;".. δεν το έχω ξαναπεί από τότε. Εγώ και η σύζυγος δεν έχουμε ρωτήσει ποτέ κανέναν από τότε γιατί δεν κάνετε παιδί. Δηλαδή, καταλάβαμε πόσο χαζές είναι αυτές οι ερωτήσεις και πόσο μπορεί να πληγώσουν κάποιον άλλον.»

## (Περίπτωση 2)

«Είναι μερικοί, οι οποίοι θα πω..., οι περισσότεροι μεγάλης ηλικίας, έτσι; και σε ρωτάνε "τι έγινε; κανένα παιδί;" , Κανένα τέτοιο... και όντως εκεί πέρα νιώθεις μειονεκτικά. Ή σε άλλους αν αναφέρω ότι κάνω εξωσωματική, σου λένε "μα, γιατί;". Δηλαδή, τους φαίνεται σα να μη είσαι ικανός... ε,ε.. ή άλλοι που δεν τους έχεις πει, σου λένε "Κανένα παιδί δεν έχετε κάνει; Τι περιμένεις ακόμη; Άντε, προχώρα" . Δηλαδή, σα να μην ξέρουν ότι υπάρχουν κι άλλα προβλήματα και περιμένουνε λες και ήθελες εσύ, είχες το κίνητρο εσύ να προχωρήσεις και γι αυτό δεν έχει γίνει μέχρι τώρα. Εκεί και στο να κάθεται να απολογείται ή οτιδήποτε, Ναι, αυτό είναι πολύ άσχημο.»

Και λίγο αργότερα..

«Okay, μπορώ να κατανοήσω και την πλευρά των άλλων.. αυτό που λέμε απλά λαϊκά, την αμορφωσιά τους, την παιδεία που.. που εντάξει... αλλά ξέρεις τι μου κάνει κακό; ότι αυτός, ότι για όλα φταίει η γυναίκα, ότι δεν κάνει παιδί, στο πίσω μέρος του μυαλού τους, θα ναι αυτό, " Α ,δεν μπορεί να του κάνει παιδιά" ή οτιδήποτε... Και να το χρεώνεται η γυναίκα τζάμπα. Αυτό είναι που με στεναχωρεί.»

**(Περίπτωση 4)**

#### **4.5.6.2 Ο ρόλος της συντρόφου**

Η στάση της συντρόφου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την διαδικασία της εξωσωματικής. Οι σύντροφοι των συμμετεχόντων παρουσίασαν υποστηρικτική στάση και δυναμικές αντιδράσεις, γεγονός που αποτέλεσε καίριο αρωγό για την πορεία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

«Η Α. παίζει το ρόλο του λιονταριού. ε., αλλάξαμε ρόλους και εκείνη είναι ο άντρας και εγώ γυναίκα. Εγώ είμαι αυτός που λυγίζει και αυτή που δεν καταλαβαίνει. Μου θυμίζει ένα τεράστιο αυτοκίνητο που όπου και να το βάλεις.. ή στην άμμο ή στη λάσπη, όπου και... πηγαίνει παντού. Και εγώ ένα κάρο που συνέχεια το τραβάς και συνέχεια κολλάει. Με τρομερή αποφασιστικότητα και είναι ένας λόγος, τεράστιος λογ..., ο μόνος λόγος που δεν πέφτω. Συνεχίζω και περπατώ!»

**(Περίπτωση 1)**

«Βοήθησε πολύ η σύζυγος με την αντίδραση της, έδειξε τουλάχιστον, ότι είναι κάτι που δεν την ενδιαφέρει, αν θα μπορέσουμε να αποκτήσουμε παιδί ή όχι. Απλά ότι θέλει να είναι μαζί μου.»

**(Περίπτωση 2)**

«Η σύζυγος δεν το έχει αυτοσκοπό. Δεν είναι "Πω πω, εμείς πότε θα κάνουμε παιδί;". Η σύζυγος ήταν και είναι πολύ ήρεμη. Θα κάνουμε τις προσπάθειές μας και ότι γίνει!»

**(Περίπτωση 3)**

«Δύναμη γιατί αισθάνθηκε η σύζυγος δύναμη. Η σύζυγος είναι πάρα πολύ αισιόδοξη και ..και δυναμική, επομένως, με παρασέρνει πολλές φορές σε όλο αυτό το κομμάτι.»

**(Περίπτωση 7)**

«...πάρα πολύ θετική. Πάρα πολύ δυναμική.. πάρα πολύ ήρεμη, πάρα πολύ χαλαρή..»

**(Περίπτωση 8)**

#### **4.5.6.3 Η έγνοια για την σύζυγο**

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων εξέφρασε αγωνία και ιδιαίτερο άγχος για την επιβάρυνση που υφίσταται η σύζυγος από την διαδικασία της εξωσωματικής.

«Αλλά, η ευθύνη ήταν πάρα πολύ μεγάλη γιατί γνωρίζοντας μετά την ενδεχόμενη διαδικασία, το βάρος πέφτει πάνω στη σύζυγο. Δεν πέφτει πάνω σε μένα αφού εγώ έχω το πρόβλημα ουσιαστικά.»

**(Περίπτωση 2)**

«Την περίοδο αυτή πολύ με ταλαιπωρούσε, με ταλαιπωρούσε... με στρεσάριζε λίγο ότι πήγαινε κάθε δυο-τρεις μέρες και της περνάνε αίμα και την τρυπάγανε. Αυτό... ότι την έβλεπα λίγο να ταλαιπωρείται, αυτό.»

**(Περίπτωση 3)**

«Γιατί είναι μία πολύ μεγάλη επιβάρυνση στον οργανισμό, το οποίο πέφτει όλο στη σύζυγο η οποία δεν έχει το πρόβλημα.»

#### **(Περίπτωση 4)**

«Πιο πολύ αυτό, ότι πονούσα κάθε φορά που έβλεπα την διαδικασία αυτή με τις ενέσεις, με τις μελανιές.. Εκείνη τη στιγμή ήταν λίγο δύσκολο.»

«Ήταν πολύ αγχωμένη, ήταν αρκετά ταλαιπωρημένη γιατί έχει πολλά χειρουργεία, πολλά χειρουργεία... είχε πολλές ναρκώσεις γιατί μέσα στην διαδικασία των... της διερεύνησης κάναμε μία υστεροσκόπηση, που δηλαδή είναι ένα χειρουργείο. Μετά η ωοληψία είχε πάλι νάρκωση, είχαμε ένα... ένα ζόρι, εν πάση περιπτώσει.»

#### **(Περίπτωση 6)**

«εγώ ήθελα να σταματήσω από τη δεύτερη φορά. Δεν μπορούσα πια να τη βλέπω να.. να τρυπιέται και να και να υπάρχει αυτό το κομμάτι της υγείας.»

#### **(Περίπτωση 7)**

«... την βλέπω κάθε μέρα να τρυπιέται με διάφορες ορμόνες.. Μακάρι να μπορούσα να το περάσω εγώ στη θέση της. Μακάρι εγώ να τρυπιόμουν και όχι αυτή..»

#### **(Περίπτωση 8)**

Ακόμη, παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες επεδίωξαν να στηρίξουν τις συντρόφους τους κατά την διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης και να τις δώσουν δύναμη ως ελάχιστη κίνηση βοήθειας στην επιβάρυνση της θεραπείας.

«ξέρεις, όταν έχεις να αντιμετωπίσεις τέτοιες καταστάσεις πρέπει ο ένας να τραβάει τον άλλον. Και οι γυναίκες, το συγκεκριμένο θέμα το βιώνουν πολύ πιο έντονα..ε, από τους άντρες, οπότε και εγώ προσπαθούσα να μην την αφήνω να.. πώς να το πω, να

απασχολείται με πράγματα που και δεν ξέρεις τι είναι και δεν μπορείς να το λύσεις κιάλας.»

**(Περίπτωση 3)**

«..με τον τρόπο ότι " εντάξει, θα πάνε όλα καλά.. μην ανησυχείς, έχει εμπιστοσύνη στο γιατρό.. για να λέει ο γιατρός κάτι τέτοιο, ξέρει περισσότερο από μας, είναι σπουδαγμένος. Μην αγχώνεσαι, μην το σκέφτεσαι..."»

**(Περίπτωση 5)**

#### **4.5.7 Οι αλλαγές στην καθημερινότητα των ανδρών με προβλήματα υπογονιμότητας**

Η υπογονιμότητα και η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελούν μια σημαντική περίοδο στην ζωή των υπογόνιμων ζευγαριών που σε πολλές περιπτώσεις βιώνεται ως μια κρίση στην ζωή των ατόμων. Επομένως, αναμένονται ως φυσικό επακόλουθο, να εντοπιστούν κάποιες αλλαγές σε βασικούς τομείς στην ζωή των ατόμων αλλά και στην ίδια την καθημερινότητά τους. Στην συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη, σημειώθηκαν αλλαγές που σχετίζονται με την σεξουαλική ζωή των ζευγαριών, αλλαγές στην καθημερινότητα των συντρόφων και των ίδιων των συμμετεχόντων.

##### **4.5.7.1 Σεξουαλική ζωή**

Αναμφίβολα, η υπογονιμότητα είναι ένας παράγοντας που πολλές φορές έχει αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ του ζευγαριού και στην ικανοποίηση της σεξουαλικής τους ζωής. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν πως η υποχρεωτικότητα που επέβαλε ο γιατρός για την τέλεση της σεξουαλικής πράξης ασκούσε ψυχολογική πίεση στα άτομα. Επιπλέον, η απουσία ερωτικής διάθεσης αποτελεί ακόμη μια σημαντική αλλαγή στην ζωή των ανδρών, γεγονός που συμφωνεί και με τα ευρήματα της μελέτης των Saleh και των συνεργατών του (2003).



«Επίσης, και αυτό που υπήρχε πριν τη διάγνωση ήταν αυτό που λέμε να έρθουμε σε επαφή με το ρολόι. Ότι έπρεπε να είναι συγκεκριμένη ώρα, συγκεκριμένη μέρα, όλα συγκεκριμένα! Κάτι το οποίο επίσης, δεν ήταν εύκολο για μένα... βέβαια! Υπήρχε προγραμματισμός σε συγκεκριμένη μέρα και αν γινόταν, και ώρα... Αυτό ήταν και πριν τη διάγνωση.»

### **(Περίπτωση 1)**

«Δεν υπάρχει διάθεση. Έχει χαθεί η απόλαυση. Προσωπικά με είχε κουράσει το ότι έπρεπε να πραγματοποιείται με πρόγραμμα η συγκεκριμένη πράξη. Είτε είχα όρεξη, είτε όχι έπρεπε να συμβεί.»

### **(Περίπτωση 6)**

Ακόμη, ένας συμμετέχων σημείωσε απουσία ερωτικής διάθεσης καθώς επίκεντρο αποτελούσε μόνο η πορεία της εξωσωματικής διαδικασίας.

«..Γιατί αυτό το διάστημα πραγματικά δεν υπάρχει ερωτική διάθεση. Δεν υπάρχει.. Υπάρχει ένα άγχος να τα καταφέρουμε, να δούμε τι θα πουν οι γιατροί κάθε φορά που πηγαίνουμε για εξέταση , αν λειτούργησαν τα φάρμακα, αν αν...»

### **(Περίπτωση 2)**

Ένας συμμετέχων επισήμανε την πρόθεσή τους να ενισχύσουν τις προσπάθειες της θεραπείας για την απόκτηση παιδιού με την αύξηση της ερωτικής δραστηριότητας, χωρίς όμως να υπάρχει ουσιαστική συμβολή.

«Ίσα-ίσα, μπορώ να σου πω ότι πιέζαμε περισσότερο αλλά καταλαβαίναμε ότι αυτό δεν έχει κάποιο νόημα πλέον.»

### **(Περίπτωση 3)**

#### 4.5.7.2 Αλλαγές στην ζωή της συντρόφου

Δεδομένου ότι το γυναικείο σώμα αποτελεί το επίκεντρο της παρέμβασης των θεραπειών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι εύλογο πως υπάρχουν αλλαγές στην καθημερινότητα των συντρόφων. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν αλλαγές και σε σωματικό αλλά και σε συμπεριφορικό επίπεδο. Η αδυναμία βασικών δραστηριοτήτων λόγω της επίδρασης των φαρμάκων και η επιλογή να μην παρευρίσκονται σε χώρους με παιδιά καθώς ξυπνούν δυσάρεστα συναισθήματα αποτέλεσαν τις κύριες αλλαγές που εντοπίστηκαν στην καθημερινότητα των συντρόφων.

«Κοίτα, η πιο διακριτή αλλαγή θα έλεγα ότι είναι από ένα σημείο, όταν και εγώ άρχισα να το βλέπω λίγο πιο ζεστά ότι κάτι πρέπει να κάνεις γιατί υπάρχει πρόβλημα, ότι ότι έβλεπα το καλοκαίρι πριν την εξωσωματική ότι, αυτό το έχω παρατηρήσει εγώ δεν μου το έχει πει εκείνη, ότι η γυναίκα μου δεν ήθελε να πηγαίνει πολύ σε χώρο με παιδιά. Αυτό! Βέβαια, δεν μου το χει πει τόσο... Αλλά το είχα καταλάβει εγώ. Οπότε, αυτό καταλάβαινα, μία ανθρώπινη αν θέλεις, φυσική ζήλεια. Ξέρεις.. "ότι θέλω και εγώ και γιατί όχι και σε μένα;"».

#### (Περίπτωση 3)

«Τώρα, αυτή την περίοδο λόγω των φαρμάκων που παίρνει και δημιουργούν υπόταση, υπάρχει κάποιο αίσθημα ζάλης, κάποια ναυτία... Ναι, ναι στην καθημερινότητά της γιατί ούτε να οδηγήσει, ούτε να κάνει δουλειές στο σπίτι μπορεί.. και κάθεται στο κρεβάτι, μια δυο ώρες, ανάλογα πως ανταποκρίνεται ο κάθε οργανισμός, μέχρι να νιώσει καλύτερα.»

#### (Περίπτωση 4)

Υπήρχε μια περίπτωση, ωστόσο, που δεν εντόπισε κάποια διαφορά στην καθημερινότητα της συντρόφου.

«Όχι, Όχι τίποτα! είναι όπως ήταν.. Όπως την έβλεπα πρώτα, είναι και τώρα το ίδιο.»

**(Περίπτωση 5)**

### **4.5.7.3 Οι αλλαγές στην καθημερινότητα των ανδρών**

Η απόσταση και η απομόνωση αποτελούν τις σημαντικότερες αλλαγές για κάποιες περιπτώσεις ανδρών που βρίσκονται στην διαδικασία της εξωσωματικής τεκνοποίησης. Ο Peterson (2006) εντόπισε στα ευρήματα της ερευνάς του πως οι άνδρες επιλέγουν την αποστασιοποίηση ως τρόπο συμπεριφοράς απέναντι στην υπογονιμότητα. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν πως έχουν κλειστεί περισσότερο στον εαυτό τους και έχουν γίνει πιο απόμακροι με κάποιους ανθρώπους από τον φόβο να μην κληθούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που θα τους φέρουν σε αμήχανη και δυσάρεστη θέση αναφορικά με την γονιμοποίηση.

«Έχω γίνει λιγότερο κοινωνικός σε ορισμένα άτομα που μου είναι λίγο πιο απόμακροι. Κι αυτό για να αποφύγω την ερώτηση δηλαδή, και τις ερωτήσεις πάνω σε αυτό το θέμα για τα παιδιά, "πότε θα κάνετε;", κλπ.»

**(Περίπτωση 2)**

«Α, και σαν προσωπικά εμένα πως με έχει επηρεάσει η εξωσωματική, τώρα μου έρχεται εμένα, ότι δηλαδή, ότι ενώ είμαι πολύ κοινωνικός, πολύ άνετος, μερικές φορές, διστάζω και ντρέπομαι να πάρω τηλέφωνο γιατί ξέρω ότι θα με ρωτήσουνε "τι γίνεται; πάλι θα μπείτε σε αυτή τη διαδικασία..;". Όχι, της εξωσωματικής που δεν του το έχεις πει, εντάξει, δεν θα το πεις και σε όλους, δεν θα αναφερθείς σε όλους, σε κάθε γνωστό. Αλλά πάνω στην κουβέντα, να πάρεις ένα τηλέφωνο κάποιον "Τι κάνεις;" ή οτιδήποτε, όχι, αυτό με έχει μπλοκάρει, με έχει κάνει λιγότερο κοινωνικό σε ορισμένα άτομα.»

**(Περίπτωση 4)**

«Ναι, λιγότερο κοινωνικός. Λιγότερο αποστασιοποιητικός. Να μην προσπαθώ να συνδιαλλαγώ μαζί τους.»

**(Περίπτωση 8)**

## **4.6 Στρατηγικές Αντιμετώπισης**

Σημαντικό κεφάλαιο στην διαδικασία της υπογονιμότητας αποτελούν και οι τρόποι που τα άτομα επιλέγουν να διαχειριστούν την κρίσιμη αυτή περίοδο της ζωής τους. Οι συνήθεις τακτικές που επιλέγουν αφορούν τεχνικές αποφυγής του προβλήματος, τεχνικές επίλυσης ή συνδυασμό και των δυο. Οι συμμετέχοντες, στην συγκεκριμένη έρευνα, επέλεξαν τεχνικές ενεργητικής δράσης, όπως η εστίαση στην λύση του προβλήματος, η άντληση δύναμης από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ή να επικοινωνούν παράλληλα το πρόβλημα της υπογονιμότητας με σκοπό να βοηθήσουν κι άλλα άτομα. Ωστόσο, υπήρχαν και περιπτώσεις όπου επέλεξαν τεχνικές αποφυγής για την διαχείριση της κατάστασης.

### **4.6.1 Εστίαση στην Λύση**

Κάποιοι συμμετέχοντες επικεντρώνονται στον στόχο και στην διαδικασία της εξωσωματικής ακολουθώντας μια ενεργητική δράση, χωρίς να επιτρέπουν στο συναίσθημα να τους επηρεάσει ή να σταθεί εμπόδιο στον στόχο τους. Ο Peterson (2006) στην μελέτη του καταδεικνύει την προτίμηση των ανδρών στον αυτοέλεγχο των συναισθημάτων και την εστίαση στην εύρυθμη επίλυση προβλημάτων.

«...ότι έχουμε ένα στόχο. Δηλαδή, είμαστε άνθρωποι που βλέπουμε το στόχο μας και προχωράμε. Δεν αφήνουμε και πάρα πολύ περιθώριο για συναισθήματα εκείνη την ώρα.»

**(Περίπτωση 2)**

«Ξέρεις τι γίνεται; Έχω πουςάρει τον εαυτό μου ότι αυτή τη στιγμή δεν λες "γιατί σε μένα" αλλά κοιτάς να λύσεις το πρόβλημα. Οπότε, δεν επιμένω πολύ στο γιατί.»

**(Περίπτωση 3)**

«Τίποτα, μόνο μπαίνουμε στη διαδικασία να το τρέξουμε λίγο πιο γρήγορα για να μη μας πάρει από κάτω. Να βάλουμε, να ξεκινήσουμε και να βάλουμε, να βάλουμε μπρος τη λύση του προβλήματος και να μην ασχολιόμαστε με τη φύση του προβλήματος. Αυτό είναι ίσως, το βασικότερο κομμάτι για να το γλιτώσεις όλο αυτό...»

**(Περίπτωση 4)**

#### **4.6.2 Δύναμη από τα Θρησκευτικά Πιστεύω**

Άλλα άτομα στρέφονται στην θρησκεία και αντλούν δύναμη από αυτή για να διαχειριστούν γεγονότα που είναι πάνω από τις δυνάμεις τους και δεν μπορούν να ασκήσουν κάποιο έλεγχο πάνω σε αυτά. Τέτοιες περιπτώσεις εντοπίστηκαν και στην συγκεκριμένη έρευνα.

«Επειδή πρέπει να το πούμε, επειδή... αυτό... έτσι το διαχειρίζομαι και έτσι πρέπει να το πω, με την πίστη μου και να πω θέτοντας ότι έχω, τα πάντα μου δηλαδή, στον προστάτη της οικογένειάς μου δηλαδή, στον Άγιο Σπυρίδωνα.»

**(Περίπτωση 1)**

«Λέω πάντα ότι "τα πάντα είναι θέλημα θεού, αν θελήσει ο θεός να μου δώσει ένα παιδί, θα μου το δώσει είτε με φυσιολογικό τρόπο είτε με την εξωσωματική"...»

**(Περίπτωση 5)**

#### **4.6.3 Αισιόδοξες Γνωστικές διεργασίες**

Ένας συμμετέχων επέλεξε να επικεντρωθεί σε αισιόδοξες σκέψεις θεωρώντας σίγουρα πως θα πραγματοποιηθεί το όνειρό του να γίνει γονέας.

«Γιατί δεν αντιμετώπισα ποτέ στο μυαλό μου με αυτό τον τρόπο. Δηλαδή, τι θέλω να σου πω, το αντιμετωπίζω ότι δεν μπορώ να κάνουμε παιδιά με φυσικό τρόπο. Αλλά μπορούμε με άλλο τρόπο να γίνουμε γονείς»

**(Περίπτωση 8)**

#### **4.6.4 Βοήθεια σε άλλους**

Το αίσθημα αλληλεγγύης και η ανάγκη να περιοριστεί ο στιγματισμός της υπογονιμότητας και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελεί βοηθητικό παράγοντα μεταβολισμού δυσάρεστων συναισθημάτων όπως η ενοχή και η ντροπή, όπως αναφέρει μια περίπτωση.

«Και δεν σου κρύβω ότι και ο λόγος που και σήμερα σε σένα μιλάω, γενικά μιλάω, δεν έχω κάποιο θέμα, είναι ότι να, υπάρχει ενοχή ή ντροπή και προσπαθώ να βοηθήσω και ιδιαίτερα στην επαρχία που έχω μεγαλώσει, παιδιά τα οποία έχουν θέμα και είτε κρύβονται ότι το κάνουν αυτό είτε δεν το κάνουν καθόλου, από κάποια ηλίθια ταμπού.»

**(Περίπτωση 4)**

#### **4.6.5 Τεχνικές αποφυγής**

##### **4.6.5.1 «Απόδραση» από το πρόβλημα**

Στην προσπάθεια να διαχειριστούν τα δυσάρεστα συναισθήματα τους, τα οποία απορρέουν από το ζήτημα της υπογονιμότητας και της θεραπείας, μερικοί καταφεύγουν σε συμπεριφορές αποφυγής δυσάρεστων σκέψεων ή έντονων αντιδράσεων.

«Προσπαθώ συνεχώς να αποτραβήξω τη σκέψη από αυτό το συμβάν με αρκετές εξόδους, με αρκετές συναντήσεις με φίλους, αγαπητά μέλη.. για να μπορέσω να τραβήξω τη σκέψη από αυτό.»

**(Περίπτωση 6)**

«.. Ήμουν ανώριμος, ήμωνα αδούλευτος. Έπρεπε δηλαδή, να περάσω όλα αυτά για να μάθω να χειρίζομαι κάποια συναισθήματα. Τότε αντιδρούσα με εκρήξεις..Με νεύρα, να έβγαινα έξω και να έπινα λίγο παραπάνω... Ανώριμος, τελείως. Ανέτοιμος για όλη αυτή την κατάσταση. Πλέον, το διαχειρίζομαι εντελώς διαφορετικά. Συζητάω περισσότερο και είμαι επικεντρωμένος στον στόχο μας»

**(Περίπτωση 7)**

#### **4.6.5.2 Συναισθηματική απομόνωση**

Ακόμη, είναι σύνηθες το φαινόμενο να διαταράσσεται η ζωή του ατόμου σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο και τα άτομα να απομονώνονται από τους συντρόφους και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερα, για τα άτομα όπου το ζήτημα της υπογονιμότητας οφείλονται στους ίδιους, τα δυσάρεστα συναισθήματα βιώνονται στο μέγιστο βαθμό με αποτέλεσμα να νιώθουν ενοχές και να δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν τα συναισθήματα αυτά.

«Επομένως, αυτό βοηθάει πάρα πολύ αλλά δεν είναι και ένα... Δεν μπορώ εύκολα να συζητήσω μαζί της. Είναι λίγο μοναχικός αυτός ο δρόμος, Δεν μπορείς να συζητήσεις τα συναισθήματά σου διότι σε πνίγουν οι ενοχές.. Και δεν ξέρεις πώς να το εκφράσεις.

**(Περίπτωση 2)**

Επίσης, σε άλλη περίπτωση φαίνεται πως το ζευγάρι περιορίζεται στα διαδικαστικά θέματα της θεραπείας και η σύντροφος κόβει κάθε διάυλο επικοινωνίας με τον σύντροφό της, καθώς δυσκολεύεται να δεχτεί πως μέχρι στιγμής δεν έχουν κατορθώσει να γίνουν γονείς.

«Συζητάμε το διαδικαστικό. Ξεκάθαρα, ξεκάθαρα το διαδικαστικό συζητάμε και οι συζητήσεις σταματάνε στο "α, έμαθα ότι ο τάδε, η τάδε περιμένει παιδί" και μπορεί να είναι μία πιτσιρικά 20 ετών και να θυμώνει εκείνη την ώρα και να μην θέλει να το συζητήσουμε ότι όλοι το καταφέρνουν εκτός από εμάς.»

(Περίπτωση 8)

#### 4.6.6 Η Συμβουλευτική διαδικασία

Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στα άτομα που βιώνουν μια κρίσιμη περίοδο στην ζωή τους, όπως είναι η υπογονιμότητα και η θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, συντελεί στην μείωση των δυσάρεστων συναισθηματικών αντιδράσεων, όπως είναι το άγχος, η θλίψη, ο φόβος και η αγωνία. Οι Μήτσοι & Ευθυμίου (2014) αναδεικνύουν την σπουδαιότητα της συμβουλευτικής διαδικασίας και της ψυχοθεραπείας στην διαχείριση των επιπέδων άγχους στα άτομα που υποβάλλονται σε τεχνικές γονιμότητας. Ωστόσο, στην συγκεκριμένη έρευνα, οι συμμετέχοντες φαίνεται πως δεν είναι εξοικειωμένοι με την λήψη ψυχολογικής στήριξης. Αυτό δικαιολογείται είτε επειδή δεν είναι συναισθηματικά «ανοιχτοί» για να μπουν σε αυτή την διαδικασία ή θεωρούν πως μπορούν να επεξεργαστούν τα επίπεδα του άγχους τους με την βοήθεια της συζύγου τους, είτε γιατί θεωρούν πως οι ίδιοι δεν έχουν ανάγκη την λήψη συμβουλευτικής όσο την έχει η σύζυγός τους.

«Νομίζω, ότι συμβαίνει επειδή και εμείς δηλαδή δεν είχαμε κάποια απαίτηση ψυχολογικής υποστήριξης. Δεν είμαστε και εμείς ανοιχτοί ως προς το να δεχτούμε ψυχολογική υποστήριξη γιατί εγώ είμαι σίγουρος για το αποτέλεσμα, αυτό που.. που με κάνει να ανησυχώ πάρα πολύ είναι η ηλικία μου.»

(Περίπτωση 1)

«Βασικά, δεν μας το πρότειναν καν να σου πω την αλήθεια. Αλλά ούτε εμείς το αναζητήσαμε.»

(Περίπτωση 3)



«Εξαρτάται! Δηλαδή, ψυχολογική στήριξη η γυναίκα μπορεί να είναι συμπληρωματική. Γιατί όντως οι ψυχολόγοι έχουνε... οι ψυχολόγοι - ψυχολόγοι όμως, πάνω σε αυτό το θέμα.. Εντάξει και ψυχολογική υποστήριξη εγώ.. η γυναίκα που χρειάζεται μπορεί να την παίρνει από σύζυγο και από το οικογενειακό της περιβάλλον... Εντάξει, δεν το θεωρώ τόσο απαραίτητο. Δηλαδή προσωπικά, με τα δεδομένα τα δικά μου. »

#### **(Περίπτωση 4)**

«Όχι, Όχι, Όχι, τίποτα. Το μόνο που.. με το συνεργάτη που συνεργάζεται ο γυναικολόγος που κάναμε δυο-τρία ραντεβού, μόλις είδε τη σύζυγο που την εξέτασε και όλα αυτά, γύρισε και της είπε ότι "σε εννέα μήνες θα κρατάς τα παιδάκια σου στην αγκαλιά".»

#### **(Περίπτωση 5)**

Επίσης, μια περίπτωση ανέφερε πως ανάγκη για συμβουλευτική στήριξη έχουν τα άτομα που έχουν κάποιους αποτυχημένους κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης στο ενεργητικό τους.

«Όχι. Αυτό γενικά να ξέρεις, χρειάζεται. Και όλα τα κέντρα έχουν συμβουλευτική αλλά συνήθως χρειάζονται τα ζευγάρια που έχουν φάει μεγάλο λούκι στην διαδικασία αυτή, κατάλαβες; αλλά συνήθως ακούω κι εγώ εκεί στο κέντρο και συζητάω με πολύ κόσμο ότι συμβουλευτική παίρνανε περισσότερο τα ζευγάρια που είχαν κάνει 3-4 κύκλους, δηλαδή, φάρμακα, δεν είχαν καταφέρει να έχουν εγκυμοσύνη και εντάξει, και λίγο μεγαλύτερες ηλικίες»

#### **(Περίπτωση 8)**

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε διερευνώντας την εμπειρία των ανδρών που βρίσκονται σε διαδικασία τεκνοποίησης με την βοήθεια της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης, ανέδειξε μια ποικιλομορφία συναισθηματικών αντιδράσεων που βίωσαν οι συμμετέχοντες πριν ακόμη επιδιώξουν την τεχνική γονιμοποίηση.

Οι συμμετέχοντες κατά την διάρκεια της προσπάθειας γονιμοποίησης με φυσικό τρόπο βίωσαν έντονο στρες, άγχος, θυμό, ενοχές για την σύντροφο, πένθος και αίσθημα αδικίας όσο δεν ερχόταν η επιθυμητή εγκυμοσύνη. Καθώς η πατρότητα είναι μια από τις σημαντικότερες μεταβάσεις στην ενήλικη ζωή, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, είναι εύλογο το άγχος που πηγάζει από την ατεκνία, να δημιουργεί επιπρόσθετα αρνητικά συναισθήματα. Μία έρευνα έχει καταδείξει παρόμοια συναισθήματα όπως ο θυμός, η κατάθλιψη, τα συζυγικά προβλήματα και συναισθήματα αναξιοτήτας (Deka & Sarma, 2010).

Μετά την διάγνωση, παρατηρήθηκε πως στα συναισθήματα του στρες, του άγχους και του θυμού προστέθηκαν η θλίψη, η απογοήτευση και η πλήξη της ανδρικής ταυτότητας, ιδιαίτερα για τους συμμετέχοντες που τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν πως η υπογονιμότητα οφείλεται, εν μέρει ή εξ ολοκλήρου, σε ανδρικό παράγοντα. Το άγχος αποτελεί σύνηθες τρόπο έκφρασης της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνουν οι υπογόνιμοι άνδρες, όπως αποτυπώνεται σε παρόμοιες μελέτες (Chiaffarino et al., 2011, Drosdzol et al., 2009, Dyer et al., 2009, Gao et al., 2013).

Στις περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν μη ταυτοποιήσιμη αιτιολογία, τα συναισθήματα που βίωσαν οι συμμετέχοντες ήταν ανάμεικτα, μεταξύ αισιοδοξίας και απελπισίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι παράλληλα αισθάνονται ανήμποροι να ασκήσουν κάποιο έλεγχο στην κατάσταση της υπογονιμότητας αλλά από την στιγμή που δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη παθολογική αιτία πιστεύουν πως θα τα καταφέρουν.

Σε πολλές κοινωνίες παγκοσμίως, έχει συσχετισθεί η υπογονιμότητα με φαινόμενα στιγματισμού. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, καθώς οι συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν πως η υπογονιμότητα αποτελεί θέμα ταμπού το οποίο έχουν την τάση να αποκρύπτουν και να μην συζητούν, για να μην στιγματιστούν κοινωνικά. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με αρκετές μελέτες όπου ο κοινωνικός στιγματισμός αποτελεί σημείο αναφοράς για τα υπογόνιμα άτομα (Arya &

Dibb, 2016, Deka & Sarma, 2010, Donkor & Sandall, 2007, Inhorn, 2004, Schmidt, 2009, Wischmann & Thorn, 2013). Επίσης, παρατηρήθηκε, τόσο από τις βιβλιογραφικές πηγές όσο και από τους συμμετέχοντες, πως το κοινωνικό στίγμα της υπογονιμότητας συντηρείται τόσο από το περιβάλλον όσο και από τις πεποιθήσεις των ίδιων των συμμετεχόντων, καθώς και οι ίδιοι αισθάνονται μειονεκτικά απέναντι σε αυτό το ιατρικό ζήτημα. Ωστόσο, όταν μερικοί από τους συμμετέχοντες συνειδητοποίησαν πως υπάρχουν κι άλλοι που αντιμετωπίζουν ζητήματα υπογονιμότητας, το αίσθημα πως δεν είναι οι μόνοι που έχουν τέτοια θέματα να διαχειριστούν, λειτούργησε εν μέρει, ανακουφιστικά για τους ίδιους.

Επιπλέον, πριν την διάγνωση υπήρχε η πεποίθηση πως θα είναι δύσκολος ο δρόμος που θα χρειαστεί να διανύσουν για να καταφέρουν να τεκνοποιήσουν. Μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας διατηρήθηκε η σκέψη πως θα δυσκολευτούν να αποκτήσουν απόγονο, αλλά μερικοί συμμετέχοντες αισιοδοξούσαν πως τελικά θα τα καταφέρουν ακόμη κι αν χρειαστεί να αποταθούν στην επιστήμη για αυτό. Άλλοι πάλι, ανέφεραν πως ένιωθαν μεγαλύτερη πίεση στην σκέψη πως δεν θα καταφέρουν να αποκτήσουν παιδί. Τα ευρήματα της έρευνας των Huijts et al., (2011) δείχνουν αφενός πως η ατεκνία σχετίζεται με χαμηλότερη ψυχολογική ευημερία για τους άνδρες και αφετέρου ότι ο βαθμός στον οποίο η ατεκνία σχετίζεται με χαμηλότερη ψυχολογική ευημερία φαίνεται να εξαρτάται από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Όσον αφορά την απόφαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης συντέλεσαν αρκετοί παράγοντες που έλαβαν υπόψη τους οι συμμετέχοντες για να οδηγηθούν στην λήψη της. Το θεμελιώδες κίνητρο αποτέλεσε η δημιουργία οικογένειας και η απόκτηση απογόνου. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτέλεσε ως μονόδρομη επιλογή καθώς η περίπτωση των συμμετεχόντων δεν επιδεχόταν κάποια άλλη φυσική ή τεχνητή παρέμβαση.

Επιπλέον κίνητρο αποτέλεσε και η ηλικία των συμμετεχόντων καθώς θεωρούσαν πως ήταν ήδη σε προχωρημένη ηλικία και δεν ήθελαν να χάσουν περισσότερο χρόνο ή ότι δεν είχαν πολλά περιθώρια προσπαθειών, γεγονός που τους ασκούσε επιπρόσθετο άγχος. Αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα αποτελέσματα πολλών μελετών όπου φαίνεται πως το ηλικιακό όριο των ανδρών αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη μιας εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα, οι Dunson et al., (2004) στην μελέτη τους όπου εξέτασαν ζευγάρια που είχαν τεκνοποιήσει με φυσικό τρόπο, διαπίστωσαν πως όταν οι γυναίκες πλησίαζαν ηλικιακά την τέταρτη δεκαετία της ζωής τους, η ηλικία των ανδρών αποτέλεσε

σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη γονιμοποίησης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι έρευνες των Ford et al., (2000) και των Rochebrochard & Thonneau (2003) όπου συσχέτισαν τον χρόνο επίτευξης εγκυμοσύνης και τα μειωμένα ποσοστά σύλληψης με την προχωρημένη πατρική ηλικία. Άλλοι συγγραφείς κατέδειξαν πως τα ποσοστά εγκυμοσύνης με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επηρεάζονται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία του άνδρα (Aboulghar et al., 2007, Klonoff-Cohen, H. S., & Natarajan, L., 2004, Luna et al., 2009).

Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν πως η απόφαση για να προχωρήσουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση λήφθηκε μέσα σε ένα λεπτό χωρίς να το σκεφτούν πολύ. Σε αυτό συνέβαλε σημαντικά και η παρότρυνση του γιατρού τους.

Στην παρούσα έρευνα, η εμπειρία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιγράφηκε ως μια στρεσογόνος περίοδος με αρκετές συναισθηματικές μεταπτώσεις. Τα συνήθη συναισθήματα πριν την έναρξη της θεραπείας ήταν το κλιμακούμενο άγχος, η αγωνία για να μην υπάρξει κάποια επιλοκή, αλλά και μια κρυφή ελπίδα ότι θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την μελέτη των Eugster & Vingerhoets (1999) και Malina & Pooley (2017) σχετικά με την αγχωτική εμπειρία των ατόμων που βρίσκονται σε διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο, υπήρχαν και περιπτώσεις που το βίωσαν με θετικά συναισθήματα ή με κανένα συναίσθημα όπως αναφέρθηκε.

Κατά την διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι συμμετέχοντες εξακολουθούσαν να αισθάνονται δυσφορικά συναισθήματα όπως το άγχος, η πίεση και το έντονο στρες, στα οποία προστίθενται και κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα. Προηγούμενες έρευνες συμφωνούν με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης καθώς συσχετίζουν την κατάθλιψη με την υπογονιμότητα και την αγχώδη διαταραχή (Arya & Dibb, 2016, Volgsten et al, 2008). Επίσης, οι συμμετέχοντες κάνουν λόγο για το μεγαλείο ψυχής της συντρόφου τους που υποβάλλεται σε αυτή την ταλαιπωρία, γεγονός που τους δημιουργεί αισθήματα θαυμασμού και ευγνωμοσύνης για τις συζύγους τους.

Ακόμη, παρατηρείται πως μερικοί έχουν αποκρυσταλλώσει κάθε συναίσθημα που μπορεί να τους δημιουργείται και έχουν επικεντρωθεί εξ ολοκλήρου στην διαδικασία της θεραπείας. Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρουν πως οι άνδρες καταστέλλουν τα συναισθήματά τους προκειμένου να είναι στωικοί και δυνατοί για την σύζυγο (Beervers et al., 1999, Hudson & Culley, 2013).

Στην συγκεκριμένη έρευνα, η πιο αγχωτική περίοδος καταγράφεται το χρονικό διάστημα της αναμονής του αποτελέσματος της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Σε αυτό συμφωνούν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Yīng και των συνεργατών του (2015), όπου τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά άγχους κατά την διάρκεια που περίμεναν την έκβαση της θεραπείας.

Κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα που ανέδειξε η συγκεκριμένη μελέτη αφορούν αρχικά την απόκτηση ενός παιδιού και την διατήρηση του γάμου τους. Η απόκτηση περισσότερων παιδιών είτε από την ίδια προσπάθεια τεχνικής γονιμοποίησης είτε μέσω κατεψυγμένων ωαρίων που μειώνει την σωματική και ψυχική ταλαιπωρία του ζευγαριού, αποτελεί ακόμη ένα σημαντικό πλεονέκτημα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ακόμη, ένα πλεονέκτημα θεωρείται ο εντοπισμός οποιουδήποτε προβλήματος υγείας μέσω από τον εξονυχιστικό ιατρικό έλεγχο.

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα που εντοπίζουν οι συμμετέχοντες της έρευνας, οι περισσότεροι εστιάζουν στην σωματική και ψυχική καταπόνηση της συζύγου τους από τα πρωτόκολλα που τηρούνται στην διαδικασία της εξωσωματικής. Δεδομένου ότι, η γυναίκα βρίσκεται στο επίκεντρο των ιατρικών παρεμβάσεων, η λήψη φαρμάκων και ορμονών προκαλεί αφενός, συναισθηματικές μεταβολές στην σύζυγο, όπως είναι το επιπλέον στρες και αφετέρου, υποκρύπτει πιθανές επιπλοκές που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την σωματική υγεία της και να οδηγήσουν σε σοβαρές παθολογίες ή ασθένειες. Οι συμμετέχοντες που τυχαίνει να έχουν μερίδιο ευθύνης για το πρόβλημα της υπογονιμότητας, δεν δίστασαν να παραδεχτούν τα αισθήματα ενοχής που νιώθουν για το ενδεχόμενο κάποιας μελλοντικής παθογένειας στην συζύγου.

Εμμένοντας στις πιθανές ιατρικές συνέπειες, το ενδεχόμενο ύπαρξης επιπτώσεων στην υγεία του μωρού, όπως ο αυτισμός, σε περίπτωση πολλών παράλληλων κήσεων αναφέρθηκε από έναν συμμετέχοντα ως πιθανό μειονέκτημα της διαδικασίας.

Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εστίασε στο οικονομικό κόστος της διαδικασίας και στο φαινόμενο που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια όπου οι κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν μεταλλαχθεί από ένα πλαίσιο φροντίδας και παροχής θεραπευτικών παρεμβάσεων σε μια κερδοφόρα επιχείρηση. Σημαντικό παράγοντα σε αυτό, αποτελεί το ιατρικό προσωπικό των κλινικών και ο τρόπος που σχετίζονται με τα ζευγάρια.

Το συναισθηματικό κόστος από την αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι έντονο για πολλούς συμμετέχοντες που το έχουν ήδη βιώσει. Η κατάπληξη και το πένθος αποτελούν τις βασικότερες συναισθηματικές αντιδράσεις. Επιπλέον, το ενδεχόμενο αποτυχημένης έκβασης της θεραπείας έχει ως αποτέλεσμα αντιλήψεις όπου ο σύζυγος δεν επιτρέπει στον εαυτό του να βιώσει και να εκφράσει τα συναισθήματα που του δημιουργούνται από την ανεπιτυχή προσπάθεια αλλά προετοιμάζεται σε γνωστικό επίπεδο, να «παγώσει» τα συναισθήματά του και να φανεί «δυνατός» να στηρίζει την σύζυγο. Ο Jaffe και ο Diamond (2011) επισημαίνουν τον διαφορετικό τρόπο που εκφράζουν την θλίψη τα δυο φύλα. Ενώ οι γυναίκες εκφράζουν τη θλίψη τους συναισθηματικά και πρέπει να μιλήσουν εκτενώς για αυτό, οι άνδρες συνήθως αποφεύγουν τα εμφανή συναισθήματα και αναλαμβάνουν το ρόλο του ψύχραιμου και απαθή συντρόφου.

Οι αλλαγές που καταγράφονται στο στενό και ευρύτερο περιβάλλον των συμμετεχόντων από την παρούσα έρευνα, αφορούν τις αντιδράσεις της οικογένειας. Γενικά, οι περισσότεροι ήταν αποδέχτες υποστηρικτικών σχολίων και δεν σημειώθηκε κάποια σημαντική αλλαγή είτε στις μεταξύ τους σχέσεις είτε στις αντιδράσεις τους. Σε προηγούμενη έρευνα επισημάνθηκε πως δεν αποτελεί για όλους τους άνδρες μυστικό η υπογονιμότητα και πως σε πολιτισμούς που είναι σημαντικοί οι απόγονοι, οι άνδρες ήταν ανοιχτοί να μιλήσουν σε συγγενείς και φίλους για την υπογονιμότητα και να δεχτούν κάθε βοήθεια από εκείνους (Inhorn, 2004). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα, στις περιπτώσεις που η υπογονιμότητα οφειλόταν σε ανδρικό παράγοντα, παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες αισθανόντουσαν δυσφορικά απέναντι σε ερωτήσεις συγγενών τους για το πότε θα τεκνοποιήσουν και ο γονιός ενός συμμετέχοντα τον προέτρεψε να αποκρύψει το γεγονός της εξωσωματικής.

Σύμφωνα με τον Holter και τους συνεργάτες του (2006), πιστεύεται ότι οι περισσότεροι σύζυγοι προσπάθησαν να είναι κοντά και να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την εξωσωματική. Στην παρούσα έρευνα, η υποστηρικτική στάση της συντρόφου απέναντι στον σύζυγο έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια της εξωσωματικής διαδικασίας. Πολλοί συμμετέχοντες αναγνώρισαν την δύναμη που αντλούσαν από την συμπεριφορά της συζύγου, ιδιαίτερα οι συμμετέχοντες που είχαν διαγνωστεί οι ίδιοι με το πρόβλημα της υπογονιμότητας.

Ακόμη, οι συμμετέχοντες εκφράζουν άγχος και έγνοια για την σύντροφο σχετικά με την επιβάρυνση που μπορεί να υφίσταται η σύζυγος. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι

η σύντροφος έχει συγκριτικά πιο ενεργό ρόλο στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς η παρέμβαση έχει ως επίκεντρο το γυναικείο σώμα. Αυτό, συνεπάγεται πως ο άνδρας βρίσκεται σε λιγότερο ενεργό και περισσότερο περιθωριοποιημένο ρόλο στην όλη διαδικασία. Προηγούμενη έρευνα επισημαίνει τον οργανικό ρόλο που κατέχει η γυναίκα στην διαδικασία της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης και την περιθωριοποίηση του άνδρα όπου αφενός αποτελεί πρόκληση για την αρσενική ταυτότητα, όπου αναμένεται ο άνδρας να είναι ένας ενεργός και ισχυρός σύντροφος (Hudson & Culley, 2013) αλλά επίσης δημιουργεί επιπρόσθετα δυσφορικά συναισθήματα στον ίδιο.

Επιπλέον αλλαγές που σημειώθηκαν στην ζωή των συμμετεχόντων της συγκεκριμένης έρευνας, περιλαμβάνουν την σεξουαλική ζωή και την κοινωνική τους απομόνωση. Η δυσκολία στη σύλληψη επηρεάζει την ποιότητα της συνουσίας. Η επιβολή για σεξουαλική δραστηριότητα με συγκεκριμένο πρόγραμμα δημιουργεί συναισθήματα άγχους και εξασθένηση της απόλαυσης γεγονός που πολλούς τους οδηγεί στην ανυπαρξία ερωτικής διάθεσης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν προγενέστερες έρευνες όπου παρατήρησαν πως οι σύντροφοι μπορεί να γίνουν πιο ανήσυχοι να συλλάβουν, αυξάνοντας τη σεξουαλική δυσλειτουργία και την κοινωνική απομόνωση (Deka & Sarma, 2010, Gao et al., 2013).

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως επέλεξαν να αποκρύψουν από τους οικείους τους πως βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης ή να το εμπιστευτούν σε ελάχιστα μόνο άτομα. Ακόμη, κάποιοι συμμετέχοντες παρατήρησαν πως απομονώθηκαν συνειδητά από κάποιους οικείους τους για να μην βρεθούν στην δυσάρεστη θέση να απαντήσουν σε αδιάκριτες ερωτήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την τεκνοποίηση. Δεν επιθυμούν να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους τα οποία συνδέονται με το ότι δεν μπορούν να συλλάβουν ένα παιδί, γεγονός που τους οδηγεί να μην μετέχουν στις οικογενειακές ή κοινωνικές συναντήσεις. Συνεπώς, και σύμφωνα και με άλλες έρευνες, οι άνδρες πολύ δύσκολα συζητούν τα συναισθήματά τους ή αποκαλύπτουν την υπογονιμότητα (Dooley, Nolan & Sarma, 2011) και μπορεί να χρειάζονται περισσότερη ενθάρρυνση για να αποκαλύψουν λεπτομέρειες σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση ψυχικής υγείας τους (Fairweather-Schmidt et al., 2014).

Λίγες αλλαγές αναφέρθηκαν επίσης και για την σύζυγο ενός συμμετέχοντα, ως προς το ότι επέλεξαν να μην συχνάζουν σε τόπους όπου βρίσκονται παιδιά καθώς ξυπνούσαν δυσάρεστα συναισθήματα.

Η παρούσα έρευνα εστίασε και στις στρατηγικές που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες για να διαχειριστούν τα συναισθήματα που απορρέουν από το ζήτημα της υπογονιμότητας και της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες επέλεξαν τεχνικές ενεργητικής δράσης, όπως είναι η επίλυση του προβλήματος, η πίστη τους στον θεό, οι αισιόδοξες σκέψεις και η επικοινωνία του προβλήματος με σκοπό να βοηθήσουν κι άλλους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν το ίδιο θέμα. Ο Berghuis & ο Stanton (2002) συμπέραναν ότι η αποφυγή αντιμετώπισης προέβλεπε αυξημένη δυσφορία με την πάροδο του χρόνου και η αντιμετώπιση προσανατολισμένη σε ενεργητικές τεχνικές (π.χ. αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα, συναισθηματική επεξεργασία και έκφραση) προέβλεψε μειωμένη δυσφορία. Ακόμη, ο Inhorn (2004) ανέφερε στην ερευνά του πως οι θρήσκοι άνδρες αποδέχθηκαν ότι η υπογονιμότητα είναι μια προϋπόθεση «από τον Θεό».

Ωστόσο, υπήρχαν και άτομα που επέλεξαν να εστιάσουν σε άλλες δραστηριότητες (εξόδους, αλκοόλ) για να μην σκέφτονται το ζήτημα της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής διαδικασίας ή να απομονωνόνταν συναισθηματικά καθώς δυσκολεύονταν να επικοινωνήσει τα συναισθήματά που προέκυπταν. Μελέτες έχουν συσχετίσει τις τεχνικές αποφυγής (όπως η αδυναμία να κοινοποιήσουν το πρόβλημα της στειρότητας σε άλλους και οι υποκατάστατες δραστηριότητες) με χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας σε σύγκριση με τους άντρες που μίλησαν για τη στειρότητα (Schmidt et al., 2005, Van Balen & Trimbos-Kemper, 1994).

Τέλος, σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι η παροχή συμβουλευτικής στήριξης δεν θεωρήθηκε σημαντική ή απαραίτητη στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, γεγονός που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι η εικόνα του άνδρα εμπεριέχει την αίσθηση ελέγχου πάνω στις καταστάσεις, την αυτάρκεια και την ισχύ. Η εικόνα αυτή επηρεάζεται άμεσα από την πατριαρχική κουλτούρα που επικρατεί στην Ελλάδα και φαίνεται να είναι ιδιαίτερα έντονη στον έλληνα άνδρα. Αν αναλογιστούμε ακόμη ότι η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να αποτελέσει μια απειλή για τον άνδρα και πως δοκιμάζεται η ψυχική του ανθεκτικότητα και η αρρενωπότητα του, είναι εύλογο ότι δεν θα ζητούσε την παροχή της συμβουλευτικής στήριξης, καθώς αυτό αντίκειται στην δύναμη που πρέπει να παρουσιάσει.



Ωστόσο, οι βιβλιογραφικές πηγές επισημαίνουν την ζωτική σημασία που κατέχει η συμβουλευτική στον μεταβολισμό των δυσφορικών συναισθημάτων που πηγάζουν από την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης ή την αποτυχία αυτής χωρίς να κάνουν κάποια έμφυλη διάκριση (Ιατράκης, 2009, Hudson & Culley, 2013, Holter et al., 2006, Volgsten et al., 2008, Ying et al., 2015, Wischman & Thorn, 2013)

## **6. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια ποιοτική ανάλυση και η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη. Επιχειρήθηκε να συλλεχθεί δείγμα από διάφορες ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές του ελληνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, λόγω της συνθήκης της πανδημίας που επικρατεί ακόμα στην χώρα, αυτό δεν κατέστη δυνατό καθώς δεν δόθηκε η απαραίτητη άδεια για την πρόσβαση από τα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά κέντρα. Για να αντιμετωπιστεί η δυσκολία αυτή, έγινε χρήση των κοινωνικών μέσων δικτύωσης μιας ιδιωτικής κλινικής, η οποία ήταν πρόθυμη να συνδράμει στην διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, με την κοινοποίηση πρόσκλησης ενδιαφέροντος. Παρόλο που το δείγμα ήταν κατάλληλο, καθώς πληρούσε τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις, ένας ακόμα περιορισμός μπορεί να θεωρηθεί ο μικρός αριθμός του δείγματος, που στην περίπτωση που ήταν μεγαλύτερος θα μπορούσαν να αναδειχθούν περισσότερα δεδομένα. Επιπλέον, το γεγονός ότι το δείγμα δεν αποτελούνταν αποκλειστικά από υπογόνιμους άνδρες αλλά σε κάποιες περιπτώσεις, η υπογονιμότητα αφορούσε γυναικείο παράγοντα, μπορεί να θεωρηθεί ένας ακόμα περιορισμός. Επίσης, οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από εθελοντές οι οποίοι είχαν προσφερθεί αυτοβούλως να μιλήσουν για την εμπειρία τους. Σε σύγκριση με μη εθελοντές υπογόνιμους άνδρες, μπορεί οι πρώτοι να έχουν λιγότερες ψυχολογικές συνέπειες.

Όσον αφορά προτάσεις για μελλοντικές έρευνες, θα ήταν σκόπιμο, στο μέλλον, να διεξαχθεί έρευνα σχετικά με την εμπειρία της υπογονιμότητας αποκλειστικά με υπογόνιμους άνδρες. Επιπρόσθετα, από τις βιβλιογραφικές πηγές δεν βρέθηκε κάποια ανασκόπηση που να συγκρίνει τις διαφορές στην εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης μεταξύ υπογόνιμων ανδρών και γυναικών στον ελλαδικό χώρο. Γεγονός, που το καθιστά μια καλή ιδέα για μελλοντική έρευνα. Τέλος, με αφορμή την νομοθεσία που επιτρέπει την δημιουργία ομόφυλης οικογένειας, θα είχε ενδιαφέρον να

πραγματοποιηθεί μελέτη σχετικά με την εμπειρία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ομόφυλα ζευγάρια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Ευθυμίου, Κ., Περδικάρη, Ε. (2013). Υπογονιμότητα: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, συναισθηματική Προσαρμογή και Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής*, τόμος 12, τεύχος1,σελ. 15-24. Ανακτήθηκε από <https://ibrt.gr/edu/sites/default/files/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82.pdf>

Ιατράκης, Γ. (2009). *Συμβουλευτική στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*. Αθήνα : Εκδόσεις Δεσμός

Κακατσάκη, Δ., Χατζηανδρέου, Μ., Βασλαματζής, Γ., Δαφνή, Ο., Λουτράδης, Δ. & Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2004). *Άγχος, Κατάθλιψη, αλεξιθυμία και χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας : Παίζουν ρόλο στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης; Ψυχιατρική* 15, 27-36. Ανακτήθηκε από <http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/15.1-GR-2004-27.pdf>

Καρέλα, Χ., & Βάρβογλη, Α. (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.

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

Μήτση Χ. & Ευθυμίου Κ. (2014). *Υπογονιμότητα: Ψυχολογικές-ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις και γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις*. *Ψυχιατρική*, 25 (4):293–302. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/25.4-GR-2014.pdf>

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

Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε.-Α. (2008). *Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις*. *Open Education - The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, 4(1). doi.org/10.12681/jode.9726

Σαρίδη, Μ., Γεωργιάδη, Ε. (2010). Αίτια υπογονιμότητας, *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμ.9, τευχ. 4. Ανακτήθηκε από [http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4499/VA\\_REV\\_2\\_09\\_04\\_10.pdf?sequence=1](http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4499/VA_REV_2_09_04_10.pdf?sequence=1)

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Aboulghar, M., Mansour, R., Al-Inany, H., Abou-Setta, A. M., Aboulghar, M., Mourad, L., & Serour, G. (2007). *Paternal age and outcome of intracytoplasmic sperm injection*. *Reproductive BioMedicine Online*, *14*(5), 588–592. doi:10.1016/s1472-6483(10)61050-4

Agarwal, A., Deepinder, F., Sharma, R. K., Ranga, G., & Li, J. (2008). *Effect of cell phone usage on semen analysis in men attending infertility clinic: an observational study*. *Fertility and Sterility*, *89*(1), 124–128. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.01.166

Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., & Chyatte, M. R. (2015). *A unique view on male infertility around the globe*. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *13*(1). doi:10.1186/s12958-015-0032-1

Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M. R., & Bazargan-Hejazi, S. (2011). *Male Infertility and Depression: A Neglected Problem in the Middle East*. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(3), 824–830. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02155.x

Arya, S. T., & Dibb, B. (2016). *The experience of infertility treatment: the male perspective*. *Human Fertility*, *19*(4), 242–248. doi:10.1080/14647273.2016.1222083

Assinder, S., Davis, R., Fenwick, M., & Glover, A. (2007). *Adult-only exposure of male rats to a diet of high phytoestrogen content increases apoptosis of meiotic and post-meiotic germ cells*. *Reproduction*, *133*(1), 11–19. doi:10.1530/rep.1.01211

Belloc, S., Hazout, A., Zini, A., Merviel, P., Cabry, R., Chahine, H., Copin, H., Benkhalifa, M. (2014). *How to overcome male infertility after 40: Influence of paternal age on fertility*. *Maturitas*, *78*(1), 22–29. doi:10.1016/j.maturitas.2014.02.011

Benoff, S. (2000). *Male infertility and environmental exposure to lead and cadmium*. *Human Reproduction Update*, *6*(2), 107–121. doi:10.1093/humupd/6.2.107

Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). *Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 433–438. doi:10.1037/0022-006x.70.2.433

Beevers, C. G., Wenzlaff, R. M., Hayes, A. M., & Scott, W. D. (1999). *Depression and the Ironic Effects of Thought Suppression: Therapeutic Strategies for Improving Mental Control*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*(2), 133–148. doi:10.1093/clipsy.6.2.133

Bhongade, M. B., Prasad, S., Jiloha, R. C., Ray, P. C., Mohapatra, S., & Koner, B. C. (2014). *Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples*. *Andrologia*, *47*(3), 336–342. doi:10.1111/and.12268

- Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C. h, Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T ., Scaravelli, G., Smeenk, J., Vidakovic S. & Goossens, V. (2020). *Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries. Human Reproduction Open, 2020(1)*. doi:10.1093/hropen/hoz044
- Campbell, J. M., Lane, M., Owens, J. A., & Bakos, H. W. (2015). *Paternal obesity negatively affects male fertility and assisted reproduction outcomes: a systematic review and meta-analysis. Reproductive BioMedicine Online, 31(5), 593–604*. doi:10.1016/j.rbmo.2015.07.012
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z. (2011). *A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. Fertility and Sterility, 95(2), 711–716.e1*. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.10.004
- Cengiz, T., Aydoğanlı, L., Baykam, M., Mungan, N. A., Tunçbilek, E., Dinçer, M., Yakupoglu, K., Akalin, Z. (1997). *Chlamydial infections and male infertility. International Urology and Nephrology, 29(6), 687–693*. doi:10.1007/bf02552187
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., Torretta R., Bonizzon, M. & Ragni, G. (2011). *Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 158(2), 235–241*. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.04.032
- Colaco, S., & Modi, D. (2018). *Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. Reproductive Biology and Endocrinology, 16(1)*. doi:10.1186/s12958-018-0330-5
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). *Psychological impact of infertility. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21(2), 293–308*. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). *Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. Reproductive BioMedicine Online, 27(3), 225–235*. doi:10.1016/j.rbmo.2013.06.009
- Deka, P.K. & Sarma, S. (2010). *Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Practitioners, 3(3), 336*. Retrieved from <https://www.bjmp.org/content/psychological-aspects-infertility>
- De Souza, G. L., & Hallak, J. (2011). *Anabolic steroids and male infertility: a comprehensive review. BJU International, 108(11), 1860–1865*. doi:10.1111/j.1464-410x.2011.10131.x
- Dikshit, R. K., Buch, J. G., & Mansuri, S. M. (1987). *Effect of tobacco consumption on semen quality of a population of hypofertile males\*\*Supported by a research grant from the Department of Health and Family Welfare, Government of Gujarat, India. Fertility and Sterility, 48(2), 334–336*. doi:10.1016/s0015-0282(16)59369-8

Dooley, M., Nolan, A., & Sarma, K. M. (2011). *The psychological impact of male factor infertility and fertility treatment on men: a qualitative study*. *The Irish Journal of Psychology*, 32(1-2), 14–24. doi:10.1080/03033910.2011.611253

Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805–811. doi:10.1016/s0015-0282(99)00493-8

Dong, Y.Z., Yang, X.X., & Sun, Y.P. (2013). *Correlative analysis of social support with anxiety and depression in men undergoing in vitro fertilization embryo transfer for the first time*. *Journal of International Medical Research*, 41(4), 1258–1265. doi:10.1177/0300060513483416

Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). *The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana*. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1683–1694. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.003

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). *Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 11–20. doi:10.1080/01674820902830276

Dunson, D. B., Baird, D. D., & Colombo, B. (2004). *Increased Infertility With Age in Men and Women*. *Obstetrics & Gynecology*, 103(1), 51–56. doi:10.1097/01.aog.0000100153.24061.45

Dyer, S., Lombard, C., & Van der Spuy, Z. (2009). *Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment*. *Human Reproduction*, 24(11), 2821–2826. doi:10.1093/humrep/dep278

Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. . (1999). *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review*. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575–589. doi:10.1016/s0277-9536(98)00386-4

Fairweather-Schmidt, A. K., Leach, L., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2014). *Infertility problems and mental health symptoms in a community-based sample: depressive symptoms among infertile men, but not women*. *International Journal of Men's Health*, 13(2), 75+. doi: 10.3149/jmh.1302.75

Feki, N. C., Abid, N., Rebai, A., Sellami, A., Ayed, B. B., Guermazi, M., ... Ammar, L. K. (2009). *Semen Quality Decline Among Men in Infertile Relationships: Experience Over 12 Years in the South of Tunisia*. *Journal of Andrology*, 30(5), 541–547. doi:10.2164/jandrol.108.005959

Feng, H. L. (2003). *Molecular Biology of Male Infertility*. *Archives of Andrology*, 49(1), 19–27. doi:10.1080/01485010290031556-1

Ford, W. C. L., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M.G.R, Golding, J. & Alspac Study Team (2000). *Increasing paternal age is associated with delayed conception in a*



*large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. Human Reproduction, 15(8), 1703–1708.* doi:10.1093/humrep/15.8.1703

Fronczak, C. M., Kim, E. D., & Barqawi, A. B. (2011). *The Insults of Illicit Drug Use on Male Fertility. Journal of Andrology, 33(4), 515–528.* doi:10.2164/jandrol.110.011874

Fuentes, A., Muñoz, A., Barnhart, K., Argüello, B., Díaz, M., & Pommer, R. (2010). *Recent cigarette smoking and assisted reproductive technologies outcome. Fertility and Sterility, 93(1), 89–95.* doi:10.1016/j.fertnstert.2008.09.073

Ford W. C., North K., Taylor H., Farrow, A., Hull, M.G. & Golding, J. (2000). *Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. Human Reproduction, 15(8), 1703–1708.* doi:10.1093/humrep/15.8.1703

Garolla, A., Torino, M., Sartini, B., Cosci, I., Patassini, C., Carraro, U., & Foresta, C. (2013). *Seminal and molecular evidence that sauna exposure affects human spermatogenesis. Human Reproduction, 28(4), 877–885.* doi:10.1093/humrep/det020

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., Zhou, J. & Liang, C. (2013). *Relationship between Sexual Dysfunction and Psychological Burden in Men with Infertility: A Large Observational Study in China. The Journal of Sexual Medicine, 10(8), 1935–1942.* doi:10.1111/jsm.12207

Geoffroy-Siraudin, C., Dieudonné Loundou, A., Romain, F., Achard, V., Courbière, B., Perrard, M.-H., ... Guichaoua, M.-R. (2012). *Decline of semen quality among 10 932 males consulting for couple infertility over a 20-year period in Marseille, France. Asian Journal of Andrology, 14(4), 584–590.* doi:10.1038/aja.2011.173

George, V. K., Li, H., Teloken, C., Grignon, D. J., Lawrence, W. D., & Dhabuwala, C. B. (1996). *Effects of Long-Term Cocaine Exposure on Spermatogenesis and Fertility in Peripubertal Male Rats. The Journal of Urology, 155(1), 327–331.* doi:10.1016/s0022-5347(01)66654-0

Giorgi, A. (2004). *The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. Nursing Science Quarterly, 18(1), 75–82.* doi:10.1177/0894318404272112

Gollenberg, A. L., Liu, F., Brazil, C., Drobnis, E. Z., Guzick, D., Overstreet, J. W., Redmon, J.B., Sparks, A., Wang, C., & Swan, S. H. (2010). *Semen quality in fertile men in relation to psychosocial stress. Fertility and Sterility, 93(4), 1104–1111.* doi:10.1016/j.fertnstert.2008.12.018

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Vaslamatzis, G. (2010). *Psychosocial Predictors of Infertility Related Stress: A Review. Current Women's Health Reviews, 6(4), 318–331.* doi:10.2174/157340410793362159

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). *The experience of infertility: a review of recent literature. Sociology of Health & Illness, 32(1), 140–162.* doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x

- Gundersen, T. D., Jørgensen, N., Andersson, A.-M., Bang, A. K., Nordkap, L., Skakkebaek, N. E., Priskorn, L., Juul, A. & Jensen, T. K. (2015). *Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men*. *American Journal of Epidemiology*, 182(6), 473–481. doi:10.1093/aje/kwv135
- Gunes, S., Hekim, G. N. T., Arslan, M. A., & Asci, R. (2016). *Effects of aging on the male reproductive system*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(4), 441–454. doi:10.1007/s10815-016-0663-y
- Hajizadeh, M.B. & Tartibian, B., (2014). *Long-term Low-to-Intensive Cycling Training*. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 1. doi:10.1097/jsm.0000000000000122
- Harris I.D, Fronczak C., Roth L., Meacham R.B. (2011). *Fertility and the aging male*. *Reviews in Urology*, 13(4), e184-9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253726/>
- Harlow, C. R., Fahy, U. M., Talbot, W. M., Wardle, P. G., & Hull, M. G. R. (1996). *Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment*. *Human Reproduction*, 11(2), 274–279. doi:10.1093/humrep/11.2.274.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). *First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship*. *Human Reproduction*, 21(12), 3295–3302. doi:10.1093/humrep/del288
- Huijts, T., Kraaykamp, G., & Subramanian, S. V. (2011). *Childlessness and Psychological Well-Being in Context: A Multilevel Study on 24 European Countries*. *European Sociological Review*, 29(1), 32–47. doi:10.1093/esr/jcr037
- Hudson, N., & Culley, L. (2013). *“The bloke can be a bit hazy about what”’s going on’: men and cross-border reproductive treatment*. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 253–260. doi:10.1016/j.rbmo.2013.06.007
- Inhorn, M.C., (2004). *Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies: Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon*. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 162–182. doi:10.1525/maq.2004.18.2.162
- Inhorn, M.C., & Patrizio, P. (2015). *Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century*. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411–426. doi:10.1093/humupd/dmv016
- Ismail, W. A., Menezes, M. Q., Martin, C. W., & Thong, K. J. (2004). *A Comparison of Psychological Functioning in Couples Undergoing Frozen–Thawed Embryo Replacement in Various Stages of Treatment Using the Mean Affect Adjective Check List (MAACL)*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 21(9), 323–327. doi:10.1023/b:jarg.0000045471.61107.5b
- Jaffe, J., & Diamond, M. O. (2011). *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients*. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12347-000>



Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. (2000). *Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. Indian Journal of Medical Sciences, 54(1), 1-7*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11214514/>

Janevic, T., Kahn, L. G., Landsbergis, P., Cirillo, P. M., Cohn, B. A., Liu, X., & Factor-Litvak, P. (2014). *Effects of work and life stress on semen quality. Fertility and Sterility, 102(2), 530–538*. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.04.021

Johnson, K. M., & Johnson, D. R. (2009). *Partnered Decisions? U.S. Couples and Medical Help-Seeking for Infertility. Family Relations, 58(4), 431–444*. doi:10.1111/j.1741-3729.2009.00564.x

Johnson, S. L., Dunleavy, J., Gemmell, N. J., & Nakagawa, S. (2015). *Consistent age-dependent declines in human semen quality: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews, 19, 22–33*. doi:10.1016/j.arr.2014.10.007

Joja, O.D., Dinu, D., & Paun, D. (2015). *Psychological Aspects of Male Infertility. An Overview. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 187, 359–363*. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.067

Jørgensen, N., Vierula, M., Jacobsen, R., Pukkala, E., Perheentupa, A., Virtanen, H. E., ... Toppari, J. (2011). *Recent adverse trends in semen quality and testis cancer incidence among Finnish men. International Journal of Andrology, 34(4pt2), e37–e48*. doi:10.1111/j.1365-2605.2010.01133.x

Jurewicz, J., Radwan, M., Merez-Kot, D., Sobala, W., Ligocka, D., Radwan, P., Bochenek, M. & Hanke, W. (2013). *Occupational, life stress and family functioning: does it affect semen quality? Annals of Human Biology, 41(3), 220–228*. doi:10.3109/03014460.2013.849755

Kahn, B. E., & Brannigan, R. E. (2017). *Obesity and male infertility. Current Opinion in Urology, 27(5), 441–445*. doi:10.1097/mou.0000000000000417

Kantartzi P D, Goulis Ch D, Goulis G D, Papadimas I (2007). *Male infertility and varicocele: myths and reality. Hippokratia, 11, 3: 99-104*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658802/>

Katib, A. (2015). *Mechanisms linking obesity with male infertility. Central European Journal of Urology, 68*. doi:10.5173/ceju.2015.01.435

Katz, N., & Mazer, N. A. (2009). *The Impact of Opioids on the Endocrine System. The Clinical Journal of Pain, 25(2), 170–175*. doi:10.1097/ajp.0b013e3181850df6

Kee, B.S., Jung, B.J. & Lee S.H. (2000). *A study on Psychological Strain in IVF Patients Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 17(8), 445–448*. doi:10.1023/a:1009417302758

- Khandwala, Y. S., Zhang, C. A., Lu, Y., & Eisenberg, M. L. (2017). *The age of fathers in the USA is rising: an analysis of 168 867 480 births from 1972 to 2015*. *Human Reproduction*, *32*(10), 2110–2116. doi:10.1093/humrep/dex267
- Klonoff-Cohen, H. S., & Natarajan, L. (2004). *The effect of advancing paternal age on pregnancy and live birth rates in couples undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *191*(2), 507–514. doi:10.1016/j.ajog.2004.01.035
- Kohlmeier, A. & Klock, S. (2018). *Psychological Aspects of Male Reproductive Medicine*. *Encyclopedia of Reproduction*, 459–463. doi:10.1016/b978-0-12-801238-3.64809-2
- Kovac, J. R., Pastuszak, A. W., & Lamb, D. J. (2013). *The use of genomics, proteomics, and metabolomics in identifying biomarkers of male infertility*. *Fertility and Sterility*, *99*(4), 998–1007. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.01.111
- Kovac, J. R., Khanna, A., & Lipshultz, L. I. (2015). *The effects of cigarette smoking on male fertility*. *Postgraduate Medicine*, *127*(3), 338–341. doi:10.1080/00325481.2015.1015928
- Kulikauskas, V., Blaustein, D., & Ablin, R. J. (1985). *Cigarette smoking and its possible effects on sperm*. *Fertility and Sterility*, *44*(4), 526–528. doi:10.1016/s0015-0282(16)48925-9
- Künzle, R., Mueller, M. D., Hänggi, W., Birkhäuser, M. H., Drescher, H., & Bersinger, N. A. (2003). *Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples*. *Fertility and Sterility*, *79*(2), 287–291. doi:10.1016/s0015-0282(02)04664-2
- Laverty, S. M. (2003). *Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations*. *International Journal of Qualitative Methods*, *2*(3), 21–35. doi:10.1177/160940690300200303
- La Vignera S, Calogero AE, Condorelli R, Lanzafame F, Giammusso B, Vicari E. (2009). *Andrological characterization of the patient with diabetes mellitus*. *Minerva Endocrinol*. *34*(1):1-9. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19209124/>
- Li, Y., Lin, H., Li, Y., & Cao, J. (2011). *Association between socio-psycho-behavioral factors and male semen quality: systematic review and meta-analyses*. *Fertility and Sterility*, *95*(1), 116–123. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.06.031
- Lotti, F., Corona, G., Rastrelli, G., Forti, G., Jannini, E. A., & Maggi, M. (2012). *Clinical Correlates of Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation in Men with Couple Infertility*. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(10), 2698–2707. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02872.x
- Luk, B. H.K., & Loke, A. Y. (2014). *The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*(6), 610–625. doi:10.1080/0092623x.2014.958789

- Luna, M., Finkler, E., Barritt, J., Bar-Chama, N., Sandler, B., Copperman, A. B., & Grunfeld, L. (2009). *Paternal age and assisted reproductive technology outcome in ovum recipients. Fertility and Sterility, 92(5), 1772–1775.* doi:10.1016/j.fertnstert.2009.05.036
- MacDonald, A. A., Stewart, A. W., & Farquhar, C. M. (2013). *Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones in New Zealand men: a cross-sectional study in fertility clinics. Human Reproduction, 28(12), 3178–3187.* doi:10.1093/humrep/det379
- Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). *Psychological consequences of IVF fertilization – Review of research. Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* doi:10.5604/12321966.1232085
- Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). *Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. Human Reproduction Update, 22(4), 466–478.* doi:10.1093/humupd/dmw009
- Mikkelsen, A. T., Madsen, S. A., & Humaidan, P. (2012). *Psychological aspects of male fertility treatment. Journal of Advanced Nursing, 69(9), 1977–1986.* doi:10.1111/jan.12058
- Molina, RI., Martini, AC., Tissera, A., Olmedo, J., Senestrari, D., de Cuneo, MF. & Ruiz, RD.(2010). *Semen quality and aging: Analysis of 9.168 samples in Cordoba. Argentina. Arch Esp Urol ,63:214-22.* doi:10.4321/S0004-06142010000300007
- Mukhopadhyay, D., Varghese, A. C., Pal, M., Banerjee, S. K., Bhattacharyya, A. K., Sharma, R. K., & Agarwal, A. (2010). *Semen quality and age-specific changes: a study between two decades on 3,729 male partners of couples with normal sperm count and attending an andrology laboratory for infertility-related problems in an Indian city. Fertility and Sterility, 93(7), 2247–2254.* doi:10.1016/j.fertnstert.2009.01.135
- Nachtigall, R. D., Becker, G. & Wozny, M. (1992). *The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility\*\*Supported by a grant from the Academic Senate, University of California, San Francisco. The authors were funded by National Institute on Aging, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, research grant AG08973, Gender and the Disruption of Life Course Structure, during the development of this paper. Fertility and Sterility, 57(1), 113–121.* doi:10.1016/s0015-0282(16)54786-4
- Nakamura, K., Sheps, S. & Arck, C.P. (2008). *Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 25(2-3), 47–62.* doi:10.1007/s10815-008-9206-5
- Neto, F. T. L., Bach, P. V., Najari, B. B., Li, P. S., & Goldstein, M. (2016). *Spermatogenesis in humans and its affecting factors. Seminars in Cell & Developmental Biology, 59, 10–26.* doi:10.1016/j.semcd.2016.04.009
- Noorbala, A. A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N. & Naghizadeh, M. M. (2008). *Psychiatric disorders among infertile and fertile women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44(7), 587–591.* doi:10.1007/s00127-008-0467-1

- Pajarinen, J. T., & Karhunen, P. J. (1994). *Spermatogenic arrest and “Sertoli cell-only” syndrome—common alcohol-induced disorders of the human testis*. *International Journal of Andrology*, *17*(6), 292–299. doi:10.1111/j.1365-2605.1994.tb01259.x
- Peterson, B. D. (2006). *Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress*. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443–2449. doi:10.1093/humrep/del145
- Petok, W. D. (2015). *Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner*. *Fertility and Sterility*, *104*(2), 260–266. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.04.040
- Plas, E., Berger, P., Hermann, M. & Pfluger, H. (2000). *Effects of aging on male fertility?* *Experimental Gerontology*, *35*(5), 543–551. doi:10.1016/s0531-5565(00)00120-0
- Poongothai, J., Gopenath, T. S., Manonayaki, S., (2009). *Genetics of human male infertility*, *Singapore Medical journal*, *50*(4), p. 336-47.
- Povey, A. C., Clyma, J.-A., McNamee, R., Moore, H. D., Baillie, H., Pacey, A. A., Cherry, N.M. & Participating Centres of Chaps-uk† (2012). *Modifiable and non-modifiable risk factors for poor semen quality: a case-referent study*. *Human Reproduction*, *27*(9), 2799–2806. doi:10.1093/humrep/des183
- Purvis, K., & Christiansen, E. (1992). *Male Infertility: Current Concepts*. *Annals of Medicine*, *24*(4), 259–272. doi:10.3109/07853899209149953
- Rochebrochard, E. de L., & Thonneau, P. (2003). *Paternal age  $\geq 40$  years: An important risk factor for infertility*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(4), 901–905. doi:10.1067/s0002-9378(03)00753-1
- Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U. & Vedhara, K. (2014). *A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients*. *Human Reproduction Update*, *20*(4), 594–613. doi:10.1093/humupd/dmu010
- Saleh, R. A., Ranga, G. M., Raina, R., Nelson, D. R., & Agarwal, A. (2003). *Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study*. *Fertility and Sterility*, *79*(4), 909–912. doi:10.1016/s0015-0282(02)04921-x
- Sasano, N., & Ichijo, S. (1969). *Vascular Patterns of the Human Testis with Special Reference to Its Senile Changes*. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *99*(3), 269–280. doi:10.1620/tjem.99.269
- Schirren, C. (1985). *Andrology Origin and Development of a Special Discipline in Medicine Reflection and View in the Future*. *Andrologia*, *17*(2), 117–125. doi:10.1111/j.1439-0272.1985.tb00970.x
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. & Boivin, J. (2005). *Does infertility cause marital benefit?* *Patient Education and Counseling*, *59*(3), 244–251. doi:10.1016/j.pec.2005.07.015



Schmidt, L. (2009). *Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – What are the research priorities?* *Human Fertility*, 12(1), 14-20. doi:10.1080/14647270802331487.0

Sermondade, N., Faure, C., Fezeu, L., Shayeb, A. G., Bonde, J. P., Jensen, T. K., Wely, M. V., Cao, J., Martini, A.C., Eskandar, M., Chavarro, J.E., Koloszar, S., Twigt, J.M., Ramlau-Hansen, C.H., Borges Jr, E., Lotti, F., Steegers-Theunissen, R.P.M., Zorn, B., Polotsky, A.J., La Vignera, S., Eskenazi, B., Tremellen, K., Magnusdottir, E.V., Fejes, I., Herberg, S., Levy, R. and Czernichow, S. (2012). *BMI in relation to sperm count: an updated systematic review and collaborative meta-analysis.* *Human Reproduction Update*, 19(3), 221–231. doi:10.1093/humupd/dms050

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). *Sexual Function and Quality of Life in the Male Partner of Infertile Couples: Prevalence and Correlates of Dysfunction.* *The Journal of Urology*, 179(3), 1056–1059. doi:10.1016/j.juro.2007.10.069

Sinclair S. (2000). *Male infertility: nutritional and environmental considerations.* *Alternative Medicine Review*. 5(1):28-38. Retrieved from [www.scholar.google.gr](http://www.scholar.google.gr)

Smoking and infertility. (2004). *Fertility and Sterility*, 82, 62-67. doi:10.1016/j.fertstert.2004.05.004

Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S., & DeLuca, R. S. (2002). *Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 751–770. doi:10.1037/0022-006x.70.3.751

Storey, L. (2007). Doing interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), *Analysing qualitative data in psychology* (pp. 51-64). Retrieved from [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ImxS--Qu\\_VkC&oi=fnd&pg=PA51&dq=Storey,+L.+\(2007\).+Doing+interpretative+phenomenological+analysis.+In+E.+Lyons+%26+A.+Coyle+\(Eds.\),+Analysing+qualitative+data+in+psychology+\(pp.+51-64\).+London:+Sage.&ots=ntqhP2hzuR&sig=k6gXVYfOhy1n9E44orJh0T23b7E&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ImxS--Qu_VkC&oi=fnd&pg=PA51&dq=Storey,+L.+(2007).+Doing+interpretative+phenomenological+analysis.+In+E.+Lyons+%26+A.+Coyle+(Eds.),+Analysing+qualitative+data+in+psychology+(pp.+51-64).+London:+Sage.&ots=ntqhP2hzuR&sig=k6gXVYfOhy1n9E44orJh0T23b7E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Sukhn, C., Awwad, J., Ghantous, A., & Zaatari, G. (2018). *Associations of semen quality with non-essential heavy metals in blood and seminal fluid: data from the Environment and Male Infertility (EMI) study in Lebanon.* *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. doi:10.1007/s10815-018-1236-z

Szatmári, A., Helembai, K., Zádori, J., Dudás, I., Éva, Fejes, Z., Drótos, G., & Rafael, B. (2020). *Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support.* *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–18. doi:10.1080/02646838.2020.1724918

Telisman, S., Cvitković, P., Jurasović, J., Pizent, A., Gavella, M., & Rocić, B. (2000). *Semen quality and reproductive endocrine function in relation to biomarkers of lead, cadmium, zinc, and copper in men.* *Environmental Health Perspectives*, 108(1), 45–53. doi:10.1289/ehp.0010845

- Throsby, K., & Gill, R. (2004). "It's Different for Men." *Men and Masculinities*, 6(4), 330–348. doi:10.1177/1097184x03260958
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. C. M. (1994). *Factors influencing the well-being of long-term infertile couples*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(3), 157–164. doi:10.3109/01674829409025641
- Vanegas, J. C., Chavarro, J. E., Williams, P. L., Ford, J. B., Toth, T. L., Hauser, R., & Gaskins, A. J. (2017). *Discrete survival model analysis of a couple's smoking pattern and outcomes of assisted reproduction*. *Fertility Research and Practice*, 3(1). doi:10.1186/s40738-017-0032-2
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2006). *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research*. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. doi:10.1093/humupd/dml040
- Viganò, P., Chiaffarino, F., Bonzi, V., Salonia, A., Ricci, E., Papaleo, E., ... Parazzini, F. (2017). *Sleep disturbances and semen quality in an Italian cross sectional study*. *Basic and Clinical Andrology*, 27(1). doi:10.1186/s12610-017-0060-0
- Volgsten, H., Svanberg, A.S., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundstrom Poromaa, I. (2008). *Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment*. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063. doi:10.1093/humrep/den154
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). *Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290–1297. doi:10.3109/00016349.2010.512063
- Wiebe, J. C., Santana, A., Medina-Rodríguez, N., Hernández, M., Nóvoa, J., Mauricio, D. & Wägner, A. M. (2014). *Fertility is reduced in women and in men with type 1 diabetes: results from the Type 1 Diabetes Genetics Consortium (T1DGC)*. *Diabetologia*, 57(12), 2501–2504. doi:10.1007/s00125-014-3376-8
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). *Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization*. *Fertility and Sterility*, 95(2), 717–721. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.09.043
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). *(Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies*. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 236–243. doi:10.1016/j.rbmo.2013.06.002
- Wright, K. P., Trimarchi, J. R., Allsworth, J., & Keefe, D. (2006). *The effect of female tobacco smoking on IVF outcomes*. *Human Reproduction*, 21(11), 2930–2934. doi:10.1093/humrep/del269

Yazdani, F., Kazemi, A., & Ureizi-Samani, H. R. (2016). Studying the Relationship between the Attitude to Infertility and Coping Strategies in Couples Undergoing Assisted Reproductive Treatments. *Journal of reproduction & infertility*, 17(1), 56–60. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26962484/>

Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). *Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(2), 167–179. doi:10.1007/s10815-015-0638-4

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**  
**Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική**  
**στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία**

Αργοναυτών & Φιλελλήνων, 382 21 Βόλος, τηλ.: 24210-74831, e-mail: msc.counselling@sed.uth.gr

**Έντυπο συναίνεσης συμμετέχοντα σε ερευνητική εργασία**

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο τίτλος της ερευνητικής εργασίας είναι *η ψυχοσυναισθηματική εμπειρία και οι τρόποι αντιμετώπισης των ανδρών που έχουν βιώσει την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης*.

**Όνομ/μα ερευνήτριας:** Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Μαρία Βλάχου  
**email:** mariavlachouk86@gmail.com, **τηλ.** 6972598677

**Επιβλέπουσα έρευνας:** Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Μαρία Λουμάκου

*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.*

**1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας**

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι επιδράσεις που έχει η εξωσωματική γονιμοποίηση στους άνδρες, η ψυχοσυναισθηματική τους εμπειρία και πως αντιμετωπίζουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

**2. Διαδικασία**

Η διαδικασία που θα ακολουθηθεί για την συλλογή των δεδομένων είναι η ημιδομημένη συνέντευξη. Η συνέντευξη θα μαγνητοφωνηθεί, τα δεδομένα θα ομαδοποιηθούν όλα μαζί, θα κωδικοποιηθούν με την χρήση αριθμών και στη συνέχεια η ανάλυση των δεδομένων αυτών θα γίνει με βάση την φαινομενολογική προσέγγιση για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων.

**3. Προσδοκώμενες ωφέλειες**

Με την παρούσα έρευνα ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα την συναισθηματική εμπειρία των ανδρών που βιώνουν την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και θα μπορέσουμε να βελτιώσουμε τις συμβουλευτικές υπηρεσίες που προσφέρουμε.

**4. Εμπιστευτικότητα & Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα

αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σας δε θα φαίνεται πουθενά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η ερευνήτρια δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην αποκάλυψη της ταυτότητά σας.

#### **5. Πληροφορίες**

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις. Όταν ολοκληρωθεί η έρευνα και εφόσον το επιθυμείτε, μπορείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας από την ερευνήτρια.

#### **6. Ελευθερία συναίνεσης**

Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος να μην συναινέσετε ή να μην απαντήσετε σε κάποια ερώτηση, εάν το επιθυμείτε. Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια / κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο e-mail: mariavlachouk86@gmail.com

#### **7. Εφαρμογή κανόνων Ηθικής & Δεοντολογίας Π.Θ.**

Θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας, ηθικής και επιστημονικής δεοντολογίας, όπως προβλέπονται στον Κώδικα Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

#### **8. Δήλωση συναίνεσης**

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

Όνοματεπώνυμο και υπογραφή  
συμμετέχοντος

Υπογραφή ερευνήτριας