

Υπογονιμότητα: Το Βίωμα και ο Λόγος των Ατόμων

Φαλτσέτα Μαρία-Αγγελίνα (Α.Μ.: 0620M036)

Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Σπουδών

ΠΜΣ «Ψυχολογία», Ειδίκευση: «Ταυτότητες και Διαπροσωπικές Σχέσεις»

Διπλωματική Εργασία

Τριμελής Επιτροπή: Κατσορός Α., Κορδούτης Π., Τουλουμάκου Α.

Δεκέμβριος, 2022

Σημείωμα Συγγραφέα

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Περίληψη

Στόχος της παρούσας ποιοτικής έρευνας είναι η κατανόηση και διερεύνηση της εμπειρίας της υπογονιμότητας, ώστε να αναδυθούν πτυχές του βιώματος που έχουν νόημα και σημασία για τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες γονιμότητας. Πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε 4 άτομα -γυναίκες και άνδρες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε βάσει των αρχών της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης. Τα ευρήματα ανέδειξαν ως βασικές πτυχές τη συντροφική σχέση, το ιατρικό σκέλος, τις πηγές δύναμης και στήριξης, τα συναισθήματα και τη νοηματοδότηση της εμπειρίας. Πιο αναλυτικά, η ποιότητα της σχέσης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ανθεκτικότητα του ζευγαριού. Συγκεκριμένα, όταν υπάρχει γερή βάση και αγάπη, η δυσκολία μπορεί να λειτουργήσει ως αφορμή για περαιτέρω σύνδεση του ζευγαριού. Ο σύντροφος αποτελεί την κυριότερη πηγή δύναμης. Επιπρόσθετα, βοηθάει η ανοιχτή επικοινωνία και το μοίρασμα με τους φίλους. Η εστίαση στη λύση, η απουσία μεμψιμοιρίας, η αποφασιστικότητα και η θετική στάση, η πίστη αναδύθηκαν ως ωφέλιμες στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι γιατροί αποτελούν σημαντικά πρόσωπα αναφοράς για τους συμμετέχοντες. Η ανθρώπινη διάσταση στη σχέση με τους γιατρούς έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ανθρώπους. Ωστόσο, υπήρξαν και αφηγήματα εκμετάλλευσης του πόνου και της σφοδρής επιθυμίας των ατόμων για απόκτηση παιδιού. Το υψηλό κόστος των θεραπειών, η αναδιοργάνωση του καθημερινού προγράμματος λόγω συνέπειας και τακτικότητας που απαιτούν οι ιατρικές οδηγίες και εξετάσεις, και τέλος η σωματική και συναισθηματική καταπόνηση ως απόρροια της διάρκειας και των επαναλαμβανόμενων προσπαθειών είναι ορισμένες δυσκολίες που αναφέρθηκαν. Η υπογονιμότητα συνιστά μια έντονα αγχογόνα και ψυχοπιεστική εμπειρία. Παράλληλα, μπορεί να αποτελέσει και πρόκληση που συμβάλει στην ωρίμανση και συνειδητοποίηση δυνάμεων. Η παρούσα έρευνα ανέδειξε σημαντικές πτυχές που συμβάλουν σε μια θετική διαχείριση και νοηματοδότηση της υπογονιμότητας. Η ενίσχυση των συγκεκριμένων διαστάσεων σε ζευγάρια και άτομα που

αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα, καθώς επίσης και η γνώση επιβαρυντικών παραγόντων με σκοπό να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν δύναται να λειτουργήσει ευεργετικά για τη ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου και της σχέσης. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας απαιτεί ολιστική και πολυεπίπεδη παρέμβαση.

Λέξεις-κλειδιά: υπογονιμότητα, βίωμα, ποιοτική, ψυχική δυσφορία, άγχος, συντροφική σχέση, ιατρικό σκέλος, κοινωνική στήριξη

Infertility: The Experience and the Discourse of People

Maria-Angelina Faltseta

Abstract

The present qualitative study aimed to deeply understand and investigate people's experience of infertility. The sample consists of 4 people, both men and women who have experienced fertility difficulties. Semi-structured interviews were taken. The narratives were analyzed according to Interpretive Phenomenological Analysis's guidelines. The hermeneutic thematic analysis highlighted important aspects such as marital relationship, medical aspect, sources of strength and support, feelings and given meaning. The quality of the relationship plays a very important role to the couple resilience. Given that there is powerful connection and love, infertility could be an opportunity for the couple to come closer. Moreover, the partner is the most important source of support. Of course, open communication and sharing with others is very helpful too. Focusing on the problem and its management, not complaining, determination and positive attitude, religiosity are effective coping strategies. Doctors are main referral persons at people's narratives. Humanistic aspects of the interaction with them are of great importance. At the same time, there were narratives of abuse of people's pain and strong desire to bring a child to life. The high cost of treatment, the adjustment of daily life due to examinations, doctor appointments and guides, the physical and emotional burden are some troubles. Infertility is a very stressful situation. However, it could be viewed as a challenge that helps people to grow and realize their strengths. The present study pointed out effective coping strategies and the importance of the given meaning. So, empowering these specific aspects and minimizing the troublesome factors could lead to prevention of stress and promotion of resilience in personal and dyadic level. An holistic and multi-level face to infertility is needed.

Key-words: infertility, qualitative, experience, distress, stress, marital relationship, medical aspect, social support

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
Abstract	4
Υπογονιμότητα: Το Βίωμα και ο Λόγος των Ατόμων	9
Ορισμός Υπογονιμότητας	10
Αίτια Υπογονιμότητας	11
<i>Γυναικείος Παράγοντας</i>	12
<i>Αντρικός Παράγοντας</i>	12
<i>Τρόπος Ζωής και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες</i>	13
Ψυχολογία και Υπογονιμότητα	14
<i>Η Επίδραση των Ψυχολογικών Παραγόντων στην Υπογονιμότητα</i>	14
<i>Η Επίδραση της Υπογονιμότητας στη Ψυχική Υγεία</i>	15
<i>Παράγοντες Ψυχολογικής Επιβάρυνσης</i>	17
<i>Ψυχική Δυσφορία</i>	19
<i>Υπογονιμότητα και Συντροφική Σχέση</i>	25
<i>Υπογονιμότητα και Σεξουαλικότητα</i>	26
<i>Σχόλια Σύνοψης</i>	29
Ερευνητικοί Στόχοι	30
Μέθοδος.....	31
Μεθοδολογική Προσέγγιση	31
Συμμετέχοντες.....	32
<i>Δειγματοληψία</i>	32

<i>Χαρακτηριστικά Δείγματος</i>	33
<i>Περιληπτική Περιγραφή Δυσκολιών Υπογονιμότητας των Συμμετεχόντων</i>	34
Μέσα Συλλογής Δεδομένων	34
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	35
Ανάλυση Δεδομένων	37
Ευρήματα	39
Συντροφική Σχέση	39
Ιατρικό σκέλος	42
<i>Θετικές και Αρνητικές Αφηγήσεις για τους Γιατρούς</i>	42
<i>Δυσκολίες</i>	45
<i>Ανάγκες</i>	48
Πηγές Δύναμης και Στήριξης.....	50
<i>Σύντροφος</i>	50
<i>Κοινωνικός Περίγυρος</i>	50
<i>Ατομικά Χαρακτηριστικά</i>	53
<i>Γιατρός</i>	53
Συναισθήματα	54
Νοηματοδότηση	58
<i>Συνειδητοποίηση Δυνάμεων</i>	58
<i>Η Δυσκολία ως Πρόκληση</i>	59
Συζήτηση.....	60

Συντροφική Σχέση	60
Ιατρικό Σκέλος	61
Πηγές Δύναμης και Στήριξης.....	64
Συναισθήματα	66
Νοηματοδότηση	68
Περιορισμοί – Μελλοντικές Προτάσεις	68
Πρακτικές Εφαρμογές της Έρευνας	71
Βιβλιογραφία	73
Παράρτημα Α.....	90
Παράρτημα Β.....	92

Υπογονιμότητα: Το Βίωμα και ο Λόγος των Ατόμων

Σε κάθε κοινωνία ανά τον κόσμο, η δημιουργία οικογένειας και απόκτηση παιδιών αποτελούν συμβατικές προδιαγραφές και πολιτισμικές επιταγές για την ενηλικίωση (Nichols & Pace-Nichols, όπως αναφέρεται στους Cousineau & Domar, 2007). Τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών αποτελούν αντικείμενο συστηματικής μελέτης (Dyer, 2007· Van Balen & Trimbos-Kemper, 1995). Η απόκτηση παιδιών συνήθως θεωρείται ως μια από τα τις μεγαλύτερες επιτυχίες και χαρές για ένα ζευγάρι. Χαρακτηριστικά, οι άνθρωποι αναφέρονται στη γέννηση μιας νέας ζωής ως θαύμα. Αυτή η νεαρή ανθρώπινη ζωή αποτελεί το αποτέλεσμα εκτεταμένης προετοιμασίας ή/και προσπάθειας ενώ άλλες φορές προκύπτει απρόσμενα, τυχαία. Η επιθυμία για ένα παιδί συνιστά μια κοινή καθολική προσδοκία σε πολλούς πολιτισμούς, ενώ σε κάποιους άλλους αποτελεί το πιο θεμελιώδες από όλα τα ανθρώπινα κίνητρα ακόμα και υποχρέωση. Ανέκαθεν, το φαινόμενο της γέννησης ενός παιδιού αποτελεί το ζωτικό συστατικό για τη διατήρηση της ακεραιότητας και συνέχειας του ανθρώπινου είδους. Σε κάποιους πολιτισμούς η εγκυμοσύνη θεωρείται ως μια κρίσιμη λειτουργία και προϋπόθεση για τη συνέχεια του ονόματος και της ιστορίας της οικογένειας. Το κοινωνικό μήνυμα για αναπαραγωγή και τεκνοποίηση παραμένει διαχρονικό. Στη Βίβλο αναφέρεται «Να είσαι καρποφόρος και να πολλαπλασιάζεσαι», «Δώσε μου παιδιά αλλιώς θα πεθάνω», μεταφέροντας το μήνυμα ότι η απόκτηση παιδιών είναι ευλογία και ταυτίζεται με τον σκοπό της ίδιας της ύπαρξης (Atwood & Dobkin, 1992). Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, η γονεϊκότητα και η μητρότητα αποτελούν αναπτυξιακά επιτεύγματα, στόχοι ζωής και ύπαρξης. Το να είναι κάποια μητέρα θεωρούνταν ανέκαθεν ο θεμελιώδης και σε πολλές περιπτώσεις ο μοναδικός ρόλος που καθορίζει μια γυναίκα. Ο μητρικός ρόλος είναι συνυφασμένος με τη γυναικεία υπόσταση (Hollos, Larsen, Obono & Whitehouse, 2009). Επιπλέον, η εγκυμοσύνη και η μητρότητα αποτελούν έννοιες που συχνά συγχέονται και πολλές φορές χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ωστόσο είναι δύο ξεχωριστές καταστάσεις και

ψυχολογικές εμπειρίες (Ferreira, Antunes, Duarte, & Chaves, 2015). Έτσι, η υπογονιμότητα και η δυσκολία στη σύλληψη ενός παιδιού μπορεί να επιφέρει έντονη ψυχική δυσφορία και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στους ανθρώπους που έρχονται αντιμέτωποι με αυτή τη συνθήκη. Η υπογονιμότητα μπορεί να είναι μια περίοδος κρίσης και μετάβασης που κάνει τους ανθρώπους να αναρωτιούνται ποιος είναι ο σκοπός και το νόημα της ύπαρξής τους και που επιτάσσει επαναξιολόγηση των στόχων ζωής και τη λήψη σημαντικών αποφάσεων (Llavona Uribebarrea, 2008· Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad & Lalos, 2007).

Ορισμός Υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει για πολλά χρόνια τη διεθνή επιστημονική και λαϊκή κοινότητα, τόσο ως προς τα αίτια εμφάνισής της, όσο και ως προς τις επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων, καθώς επίσης και ως προς τους τρόπους θεραπείας και αντιμετώπισής της. Έχει διαστάσεις ιατρικές, βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνιολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές, πολιτικές, οικονομικές και θρησκευτικές.

Η υπογονιμότητα περιγράφεται ως μια ασθένεια του γυναικείου ή αντρικού αναπαραγωγικού συστήματος που ορίζεται από την αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από 12 ή περισσότερους μήνες με τακτική σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (Zegers-Hochschild et al., 2017). Είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση από τη στειρότητα που συνιστά την αδυναμία σύλληψης, καθώς σε ζευγάρια με υπογονιμότητα είναι πιθανό να πραγματοποιείται σύλληψη χωρίς δυσκολίες, ωστόσο να μην ολοκληρώνεται η εγκυμοσύνη. Η στειρότητα αναφέρεται σε μια πιο μόνιμη συνθήκη (Jenkins et al., 2004). Επιπλέον η υπογονιμότητα διαχωρίζεται σε πρωτογενή ή δευτερογενή. Η πρωτογενής υπογονιμότητα αναφέρεται σε αδυναμία εγκυμοσύνης χωρίς προηγούμενο ιστορικό πετυχημένης εγκυμοσύνης, ενώ η δευτερογενής υπογονιμότητα αναφέρεται σε

ζευγάρια που δυσκολεύονται να συλλάβουν ή έχουν αποβολές ενώ παλαιότερα έχει επιτευχθεί τουλάχιστον μία προηγούμενη εγκυμοσύνη (World Health Organisation, 2020).

Υπολογίζεται πως 48,5 εκατομμύρια ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας σε όλον τον κόσμο. Από αυτούς τα 19,2 εκατομμύρια ζευγάρια έχουν πρωτογενή υπογονιμότητα, ενώ τα 29,3 εκατομμύρια ζευγάρια έχουν δευτερογενή υπογονιμότητα (Dumbala et al., 2020). Σε ποσοστά, τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν παγκοσμίως πρόβλημα γονιμότητας ανέρχεται στο 10-12% (Sun et. al., 2019). Το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι πιο συχνό σε χώρες χαμηλού και μεσαίου οικονομικού επιπέδου (Polis, Cox, Tunçalp, McLain & Thoma, 2017).

Το ποσοστό των ζευγαριών που αναζητά θεραπεία έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Υποστηρίζεται ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες αποφασίζουν να κάνουν παιδιά σε μεγαλύτερες ηλικίες, στην ύπαρξη καινούριων και πετυχημένων τεχνικών θεραπείας, καθώς επίσης και στην ευρύτερη ενημερότητα του κόσμου για τις νέες αυτές εξελίξεις (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007). Είναι αξιοσημείωτο ότι περίπου τα μισά ζευγάρια θα καταφέρουν εν τέλει να γεννήσουν ένα ζωντανό βρέφος ακολουθώντας κάποια θεραπεία για την υπογονιμότητα (Leridon, 2005).

Αίτια Υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (Vander Borgh & Wyns, 2018). Η παρουσία ενός από τους παράγοντες δεν αποκλείει την ύπαρξη και κάποιου άλλου στο ίδιο ζευγάρι, ενώ ποικίλει και η βαρύτητα που έχει ένας συγκεκριμένος παράγοντας σε κάθε ζευγάρι. Εκτιμάται ότι το 20-30% αποδίδεται σε ανδρικό οργανικό παράγοντα, το 20-35% σε γυναικείο οργανικό παράγοντα, ενώ το 25-40% σε συνδυασμό ανδρικού και γυναικείου παράγοντα (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014). Σε ένα 10-20% των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας δεν ανευρίσκεται κάποιος αιτιολογικός παράγοντας κατά τον

διαγνωστικό έλεγχο τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι παράγοντες υπογονιμότητας θεωρούνται άγνωστοι ή αδιευκρίνιστοι. Προτείνεται η υπογονιμότητα να μελετάται, διερευνάται και αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα της δυάδας και όχι του ενός ή του άλλου συντρόφου μεμονωμένα.

Γυναικείος Παράγοντας

Όσον αφορά τις γυναίκες, ο αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να εντοπίζεται στη μήτρα, στις σάλπιγγες, στις ωθήκες ή σε ενδομητρίωση - μια ιδιόμορφη πάθηση της γυναίκας κατά την οποία εστίες με σύσταση ενδομητρίου εμφανίζονται εκτός της φυσιολογικής τους θέσης (κοιλότητα της μήτρας)- και μπορεί να οφείλονται είτε σε προβλήματα στη ρύθμιση των αναπαραγωγικών ορμονών από τον υποθάλαμο ή την υπόφυση, είτε σε προβλήματα στην ανατομία και λειτουργία των οργάνων (Roupa et al., 2009). Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι εκ γενετής ή επίκτητα, να οφείλονται σε λοιμώξεις, συνήθειες και τρόπο ζωής ή σε ψυχολογικούς παράγοντες (Starc et al, 2019). Μια από τις ισχυρότερες παραμέτρους που επηρεάζει την ύπαρξη και τον βαθμό της υπογονιμότητας είναι η ηλικία της γυναίκας που θέλει να συλλάβει ένα παιδί και μάλιστα αντιπροσωπεύει ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα κατά την αξιολόγηση ενός ζευγαριού με προβλήματα γονιμότητας (Anwar & Anwar, 2016). Η μείωση της γυναικείας γονιμότητας γίνεται πιο εμφανής στα σαράντα, ενώ ταυτόχρονα η πιθανότητα απροσδόκητης αποβολής αυξάνεται ανά δύο ή ακόμη και τριπλασιάζεται σε γυναίκες άνω των σαράντα ετών και η πιθανότητα σύλληψης είναι η μισή από αυτήν των γυναικών κάτω των σαράντα ετών.

Αντρικός Παράγοντας

Παρά το γεγονός ότι η υπογονιμότητα εξακολουθεί να γίνεται αντιληπτή από τους ανθρώπους κατά κύριο λόγο ως ένα γυναικείο πρόβλημα, ο ανδρικός παράγοντας ευθύνεται περίπου για το 20-30% των υπογόνιμων ζευγαριών (Agarwal, Mulgund, Hamada, & Chyatte, 2015· Anwar & Anwar, 2016· Brugo-Olmedo, 2011). Προβλήματα γονιμότητας στους άνδρες

αφορούν ποικιλία διαταραχών στο σπέρμα και εξετάζονται διάφοροι παράμετροι, όπως η ποσότητα, η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, η μορφολογία, ο όγκος του σπέρματος, η παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων σε αυτό, και η ύπαρξη αντισπερμικών αντισωμάτων (Vander Borgh & Wyns, 2018). Δυσλειτουργίες στη σπερματογένεση ευθύνονται για το 90% των προβλημάτων γονιμότητας των αντρών (Aitken, Skakkebaek, & Roman, 2006). Οι διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε ορμονικές ανισορροπίες, βιολογικά – ανατομικά προβλήματα, δυσλειτουργίες στη στύση και την εκσπερμάτιση, καθώς και σε βαθύτερα ψυχολογικά αίτια ή τρόπο διαβίωσης (Starc et al., 2019). Ενδεικτικά αναφέρονται φλεγμονές, λοιμώξεις, κισσοκήλη, προβλήματα με την εκσπερμάτιση, όγκοι, βλάβες του ΚΝΣ κρυσορχία, ορμονικές διαταραχές, ελλείμματα του σπερματικού πόρου, ανωμαλίες στα γονίδια ή τα χρωμοσώματα, προβλήματα κατά τη συνουσία, πολύ συχνή συνουσία, φάρμακα, ακόμα και υπερθέρμανση των όρχεων, έκθεση σε τοξίνες και χημικές ουσίες, παρατεταμένη ποδηλασία, συναισθηματικό στρες, σωματικό βάρος, αλκοόλ, κάπνισμα, κατανάλωση στεροειδών (Duraigajanayagam, 2018). Αν και αναφέρεται βιβλιογραφικά πληθώρα αιτιών, στην ιατρική πρακτική είναι δύσκολο να βρεθεί κάποιο διακριτό αίτιο που προκαλεί διαταραχή του σπέρματος. Πολλές μελέτες κάνουν αναφορά για μεγάλη μείωση (50-60%) των φυσιολογικών παραμέτρων του σπέρματος τις τελευταίες δεκαετίες (Levine et al., 2017).

Τρόπος Ζωής και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Παραπάνω έγινε αναφορά κυρίως σε ιατρικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα γυναικών και ανδρών ξεχωριστά. Η ικανότητα σύλληψης επηρεάζεται και στα δύο φύλα από τον τρόπο ζωής και ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Vander Borgh & Wyns, 2018). Ενδεικτικά αναφέρονται το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η έκθεση σε διάφορες τοξίνες ή χημικές ουσίες στο χώρο εργασίας ή το περιβάλλον, η διατροφή, η συναισθηματική και ψυχική υγεία, το άγχος, η προστασία και οι τεχνικές ελέγχου, η σεξουαλική συμπεριφορά (Brugo-Olmedo, 2001· Practice Committee of

the American Society for Reproductive Medicine, 2006· Vander Borgh & Wyns, 2018). Η υιοθέτηση τεχνικών ελέγχου (όχι πάντα προφυλακτικά) εκθέτει τους συντρόφους σε μεγαλύτερο ποσοστό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) που μπορεί να έχει αντίκτυπο στη γονιμότητα εκτός από την επιλογή της αναβολής της εγκυμοσύνης. Τέλος, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν έμμεσα την υπογονιμότητα (Roura et al., 2009).

Ψυχολογία και Υπογονιμότητα

Η σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και υπογονιμότητας είναι περίπλοκη. Η υπογονιμότητα αδιαμφισβήτητα επιδρά αρνητικά στη ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων, αλλά και αίτια της υπογονιμότητας εντοπίζονται πολλές φορές σε ψυχολογικούς παράγοντες. Από τη μία, υπογόνιμα ζευγάρια είναι ευάλωτα σε μεγαλύτερο άγχος και αυξημένο κίνδυνο για ψυχολογικά προβλήματα σε σχέση με τα γόνιμα ζευγάρια. Και από την άλλη αυξημένα επίπεδα άγχους και ψυχικής δυσφορίας δρουν κατασταλτικά στη γονιμότητα (Simionescu, Doroftei, Maftei & Obreja, 2021). Αδιαμφισβήτητα, η υπογονιμότητα προκαλεί ψυχική δυσφορία. Όμως, χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με την επίδραση της ψυχικής δυσφορίας στη γονιμότητα, καθώς υπάρχουν έρευνες με αντικρουόμενα αποτελέσματα (Nicoloro-SantaBarbara, Busso, Moyer & Lobel, 2018· Purewal, Chapman & van den Akker, 2018). Σύμφωνα με τη Domar (2020), είναι σημαντικό ο χρόνος, η ενέργεια και οι πόροι να αξιοποιούνται στη καλύτερη σωματική και ψυχολογική φροντίδα των ατόμων με προβλήματα γονιμότητας, καθώς η διαφωνία εάν η δυσφορία προκαλεί υπογονιμότητα ή εάν η υπογονιμότητα προκαλεί δυσφορία σε μια απόλυτη γραμμική σχέση αιτίου- αιτιατού είναι ανώφελη.

Η Επίδραση των Ψυχολογικών Παραγόντων στην Υπογονιμότητα

Στις γυναίκες, το άγχος μπορεί να εκδηλωθεί ως κολεοσπασμός, αναστολή της ωορρηξίας ή σπασμοί στις σάλπιγγες, καταστάσεις που δυσκολεύουν τη γονιμοποίηση

(Vander Borghet & Wyns, 2018). Σε ασυνείδητο επίπεδο ο φόβος για αλλαγές στο σώμα, ο φόβος για θάνατο της μητέρας ή του εμβρύου κατά τη γέννα, η ανησυχία για την ικανότητα και αποτελεσματικότητα στο γονεϊκό ρόλο μπορεί να λειτουργήσουν κατασταλτικά (Hanna-Leena Melender, 2002). Στους άντρες, ψυχικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα προηγούμενα ψυχικά τραύματα, διατροφικές διαταραχές, υπερπροστατευτικές και υπερβολικά στοργικές μητέρες, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες με τη στύση και την εκσπερμάτιση που συνεπάγονται προβλήματα γονιμότητας (Fido & Zahid, 2004· Simionescu et al., 2021· Vander Borghet & Wyns, 2018). Επιπλέον, κάποιοι άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες που αναφέρονται σε έρευνες πως συμβάλλουν στην δυσκολία σύλληψης είναι η ικανοποίηση του ζευγαριού από τη σχέση και από τη ζωή, οι αντιλήψεις και πεποιθήσεις των ατόμων για την υπογονιμότητα, η παρουσία ψυχοσωματικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, φοβικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, άγχος για την εργασία και εξουθένωση, συσσώρευση αρνητικών γεγονότων ζωής (Lintsen, Verhaak, Ekjkemans, Smeenk & Braat, 2009· Schmidt, 2009· Vander Borghet & Wyns, 2018). Οι Szkodziak, Krzyżanowski, και Szkodziak (2020) υποστηρίζουν την αρνητική επίδραση ψυχικών διαταραχών όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, διατροφικές διαταραχές και εξαρτήσεις στη γονιμότητα, καθώς επηρεάζουν τη λειτουργία των ορμονών και του ανοσοποιητικού συστήματος. Παραμένει ωστόσο να διερευνηθεί περισσότερο σε τι βαθμό επηρεάζει τη γονιμότητα.

Η Επίδραση της Υπογονιμότητας στη Ψυχική Υγεία

Δεδομένου της σημασίας που έχει για την κοινωνία αλλά και για το ίδιο το άτομο η γέννηση ενός παιδιού και η απόκτηση απογόνων, η υπογονιμότητα συνιστά ένα ιδιαίτερο αγχογόνο γεγονός ζωής. Η ηλικία διάγνωσης της υπογονιμότητας, η διάρκεια και η αιτία της, τα επαναλαμβανόμενα τεστ εγκυμοσύνης, οι αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας, η συνοσηρότητα με ψυχιατρικά προβλήματα, οι ικανότητες διαχείρισης, η κοινωνική

υποστήριξη, το στίγμα και οι παρεχόμενες ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι κάποιοι παράμετροι που σχετίζονται με το άγχος της υπογονιμότητας (Boivin & Lancaster, 2010· Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011). Επιπλέον, η προσωπικότητα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών, η ήδη υπάρχουσα ψυχοπαθολογία, η υποστήριξη από το περιβάλλον, το πολιτισμικό υπόβαθρο, το φύλο είναι παράμετροι που επηρεάζουν το πως οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται την υπογονιμότητα και την συνεπακόλουθη επιβάρυνση (El Kissi et al., 2013). Η κουλτούρα είναι σημαντική παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Στους δυτικούς πολιτισμούς σε σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, το να μείνει κάποιος χωρίς παιδιά χωρίς τη θέληση του είναι πιο αποδεκτό και οι συναισθηματικές και κοινωνικές συνέπειες λιγότερο σοβαρές (Batool & de Visser, 2013· van Balen, & Bos, 2009).

Ως μια σημαντική δυσάρεστη εμπειρία ζωής, τόσο το άτομο που είναι υπογόνιμο όσο και ο σύντροφος του μπορεί να υποφέρουν πολύ από τις συναισθηματικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας (Cousineau & Domar, 2007). Οι άνθρωποι συνήθως αντιδρούν στην υπογονιμότητα με σοκ, στεναχώρια, θλίψη, θυμό, απογοήτευση, απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και μια γενικότερη αίσθηση απώλειας ελέγχου (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2009· Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgård, Ingerslev, & Zachariae, 2015· Patel et al., 2016). Γενικά, κυριαρχούν συναισθήματα αναξιοσύνης, ανεπάρκειας και ανικανότητας, καθώς και μια αίσθηση απώλειας της ταυτότητας, αφού αδυνατούν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους (Zurlo, Cattaneo Della Volta & Vallone, 2018). Το ζευγάρι που έρχεται αντιμέτωπο με την υπογονιμότητα συχνά περνάει από όλα τα στάδια πένθους (σοκ, άρνηση, θυμός, απομόνωση, αποδοχή). Ωστόσο, είναι δύσκολο να το αντιληφθεί κανείς γιατί θρηνείται η απώλεια για κάτι που δεν υπήρξε ποτέ (Patel et al., 2016). Ακόμη, η διάγνωση «υπογονιμότητα» μπορεί να είναι καταστροφική για την αυτοπεποίθηση. Τόσο η διάγνωση η ίδια όσο και οι προσπάθειες θεραπείας επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα σώματος και

μειώνουν την αίσθηση της ελκυστικότητας των ατόμων, καθώς επίσης και την αντιλαμβανόμενη αίσθηση ανδρισμού και θηλυκότητας (Schneid-Kofman & Sheiner, 2005). Για ορισμένους ανθρώπους, η υπογονιμότητα μπορεί να αποτελέσει ακόμα και τραυματικό γεγονός (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005). Η υπογονιμότητα και η θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης ως τραυματική εμπειρία προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και αντιδράσεις που παραμένουν ακόμα και μετά από μια επιτυχημένη προσπάθεια επηρεάζοντας την πορεία της εγκυμοσύνης (Baor & Soskolne, 2010). Συνολικά, μια τέτοια εμπειρία επηρεάζει διάφορες πτυχές της ζωής των ατόμων όπως η συντροφική σχέση (Ferreira et al., 2015), η σεξουαλική ικανοποίηση (Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi, & Zayeri, 2006), η ψυχοκοινωνική ευεξία (Cousineau & Domar, 2007).

Παράγοντες Ψυχολογικής Επιβάρυνσης

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες καταστάσεις που οδηγούν σε ψυχολογική επιβάρυνση του ζευγαριού. Αρχικά, η δύσκολη θεραπεία της υπογονιμότητας προκαλεί ψυχολογική και συναισθηματική επιβάρυνση στους ανθρώπους (Hassani, 2010). Η αγχώδης συνθήκη της υπογονιμότητας, το είδος των θεραπειών, οι αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους για την αντιμετώπιση μιας δυσκολίας, η ψυχολογική, συναισθηματική, και κοινωνική βοήθεια, το επιπρόσθετο άγχος που δημιουργεί το υψηλό κόστος των σύγχρονων θεραπειών που αναφέρονται ως τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART), τα συνεχή ραντεβού με τον γιατρό, οι συνεχείς παραπομπές σε κέντρα υπογονιμότητας που πολλές φορές μπορεί να βρίσκονται σε μακρινές τοποθεσίες που απαιτούν μακρύ ταξίδι, η διεξαγωγή δαπανηρών ελέγχων, η απώλεια πολύτιμου χρόνου, το μοίρασμα προσωπικών πληροφοριών σε κάθε καινούριο γιατρό, η καθιέρωση από τον γιατρό συγκεκριμένου προγράμματος για τη σεξουαλική επαφή, η απουσία από την εργασία λόγω θεραπείας και αποθεραπείας αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που επιφέρουν επιβάρυνση στο ζευγάρι που αντιμετωπίζει ζητήματα υπογονιμότητας (Hassani, 2010). Άλλοι

επίσης συχνοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχολογική κατάσταση του ζευγαριού αποτελούν η απογοήτευση που προκαλείται από θεραπευτικές μεθόδους που είναι αναποτελεσματικές, η διαπραγμάτευση του ενδεχομένου να μην μείνουν έγκυος, οι απαιτήσεις της οικογένειας και της κοινωνίας, τα σχόλια και η πίεση του περιγύρου για να κάνει κανείς παιδιά όσο πιο νωρίς γίνεται χωρίς να μπορούν να εξηγήσουν στον καθένα το πρόβλημα, η σύγκριση με ζευγάρια που δεν αντιμετωπίζουν ζητήματα υπογονιμότητας, οι εντάσεις και πιθανός χωρισμός ή και το διαζύγιο, η έλλειψη πλήρους κατανόησης των λόγων της υπογονιμότητας και η υιοθέτηση της ψυχολογίας του θύματος, η έλλειψη επαρκών πληροφοριών σχετικά με τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και η απόρριψη των νέων τρόπων σύλληψης, όπως η παρένθετη μητέρα ή η χρήση σπέρματος από άλλον άντρα, είναι παραδείγματα καταστάσεων που δημιουργούν πίεση, έντονα και αντιφατικά συναισθήματα και πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν άγχος, απόγνωση και δυστυχημένους γάμους (Hassani, 2010).

Τα άτομα που υφίστανται προβλήματα γονιμότητας συχνά δέχονται κοινωνική πίεση και συνήθως περιορίζουν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. (Boivin et al., 2007). Συχνά, καθώς οι γυναίκες φίλες τους κάνουν παιδιά και προσαρμόζουν τις προτεραιότητές τους στη ζωή γύρω από την οικογένεια, αρκετές υπογόνιμες γυναίκες τείνουν να χάνουν την επαφή ή να απομονώνονται από τις φίλες που έχουν γεννήσει, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των δικτύων τους και στις φιλίες τους. Επίσης, η έκθεση σε σχόλια, απόψεις και συμβουλές από τον περίγυρο προκαλούν επιπρόσθετη δυσφορία. Η αντιλαμβανόμενη μη αποδοχή και έλλειψη ενσυναίσθησης οδηγεί πολλές φορές σε κοινωνική απόσυρση. Σε ορισμένες κοινωνίες, η αδυναμία τεκνοποίησης μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε βία ή οστρακισμό (Rutstein & Shah, 2004). Το να είναι κάποιος άτεκνος γίνεται πολλές φορές αντιληπτό ως σημάδι ελαττωματικότητας, μειωμένης επάρκειας και μειωμένου κύρους (WHO, 2002).

Προβλήματα υπογονιμότητας συνήθως υποχρεώνουν το ζευγάρι σε μια σειρά από εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις και θεραπείες οι οποίες έχουν υψηλό κόστος και ελάχιστα ή σπανίως καλύπτονται από ιατρική ασφάλιση. Συνεπώς, υπάρχουν ζευγάρια που αδυνατούν να καλύψουν τέτοιο κόστος, με αποτέλεσμα να αισθάνονται αβοηθησία και απελπισία. Όμως, ακόμα και για όσους έχουν την δυνατότητα να ανταποκριθούν αποτελεί ένα πρόσθετο και ογκώδες κόστος που πιθανόν δημιουργεί επιπλέον πίεση (Macaluso et al., 2010).

Η θεραπεία της υπογονιμότητας είναι αποτελεσματική μόνο για το 50% περίπου των περιπτώσεων και η πιθανότητα αυτή μειώνεται όσο περνάνε τα χρόνια (Society for Assisted Reproductive Technology, 2017). Το άγχος συνοδεύει όλες τις φάσεις πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η αναμονή για το αποτέλεσμα των τεστ εγκυμοσύνης, οι αρνητικές απαντήσεις, η αναμονή για την γονιμοποίηση και δημιουργία εμβρύων, η αναμονή μεταξύ προσπαθειών είναι κάποιες από τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος (Laflont & Edelman, όπως αναφέρεται στους Nicoloro-SantaBarbara, Busso, Moyer & Lobel, 2018). Για ζευγάρια που ταλαιπωρούνται χρόνια με προβλήματα σύλληψης, μια πετυχημένη σύλληψη μπορεί να μην να αποφέρει χαρά, όμως συχνά συνοδεύεται από νέο και έντονο άγχος σχετικά με την επιτυχία της κύησης και γέννας, ενώ προγεννητικοί έλεγχοι στο έμβρυο αποτελούν νέες πηγές επιπρόσθετου άγχους. Οι αποτυχημένες προσπάθειες και το ενδεχόμενο της οριστικής αποτυχίας εντείνουν το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα (Verhaak, et al., 2007)

Ψυχική Δυσφορία

Όσον αφορά την επίδραση της υπογονιμότητας στη ψυχική υγεία των ατόμων, οι έρευνες έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα δεδομένα. Από τη μία, η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει ότι άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες γονιμότητας αναφέρουν συστηματικά περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και μεγαλύτερα επίπεδα δυσφορίας σε σύγκριση με γόνιμα άτομα (Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011· Lakatos, Szigeti, Ujma, Sexty & Balog, 2017· Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis &

Vaslamatzis, 2009). Από την άλλη, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ υπογόνιμου και γόνιμου πληθυσμού (Biringer, Howard, Kessler, Stewart, & Mykletun, 2015· Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, όπως αναφέρεται στη Llavona Uribelarrea, 2008). Οι Biringer et al. (2015) αναφέρουν πως σε κλινικά δείγματα, δηλαδή ανθρώπους που αναζητούν θεραπεία για την υπογονιμότητα, οι έρευνες σταθερά αναφέρουν ότι τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας είναι μεγαλύτερα, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης περισσότερο και η ποιότητα ζωής χαμηλότερη. Όμως, οι λίγες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον ευρύτερο πληθυσμό που αντιμετωπίζουν δυσκολίες γονιμότητας χωρίς απαραίτητα να αναζητούν θεραπεία, έχουν καταλήξει σε αντιφατικά αποτελέσματα. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι οι άνθρωποι που αναζητούν ιατρική θεραπεία είναι πιθανότερο να ταλαιπωρούνται με την υπογονιμότητα περισσότερο διάστημα και να αισθάνονται περισσότερη δυσφορία ή να έχουν συνοδές σωματικές ενοχλήσεις (Schmidt, 2009). Επίσης, η ίδια η θεραπεία σαν διαδικασία δημιουργεί δυσφορία (Greil, McQuillan, Lowry & Shreffler, 2011). Ακόμη, πολλές φορές οι άνθρωποι διστάζουν να αποκαλύψουν ότι παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην ομάδα που έχει αναλάβει τη θεραπεία της υπογονιμότητας, καθώς φοβούνται ότι η θεραπεία θα αναβληθεί ή ακυρωθεί εάν εντοπιστεί ψυχιατρική διαταραχή (Williams & Zappert, 2006). Οι Biringer et al. (2015) απέδειξαν στη διαχρονική έρευνα τους ότι για τον ευρύτερο πληθυσμό η υπογονιμότητα φαίνεται να είναι λιγότερο επιβαρυντική από ότι παρουσιάζουν οι έρευνες για τις γυναίκες που αναζητούν θεραπεία.

Οι Verhaak et al., (2007) δήλωσαν ότι 25 χρόνια έρευνας σχετικά με τις ψυχολογικές συνέπειες της εξωσωματικής δεν έχουν καταλήξει συστηματικά και σταθερά σε αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις. Οι περισσότερες γυναίκες διαχειρίζονται αποτελεσματικά την επιβάρυνση των θεραπευτικών κύκλων, προσαρμόζονται καλά ακόμα και σε περιπτώσεις αποτυχίας. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ατομικές διαφορές και ένας αξιόλογος αριθμός ατόμων

θα αναπτύξουν συναισθηματικές δυσκολίες σε κλινικό βαθμό ως αποτέλεσμα αποτυχημένης εξωσωματικής.

Η ψυχική δυσφορία (καταθλιπτική ή/και αγχώδη συμπτωματολογία) είναι συχνή σε υπογόνιμα ζευγάρια και αγγίζει πιο έντονα το άτομο στο οποίο εντοπίζεται η αιτία υπογονιμότητας (Dhaliwal, Gupta , Gopalan & Kulhara, 2004). Η έρευνα έχει εκτεταμένα ασχοληθεί με τις διαφορές φύλου στις επιπτώσεις της υπογονιμότητας και την αντίδραση σε αυτή την κατάσταση, καθώς επίσης η πλειοψηφία των ερευνών μελετά ξεχωριστά γυναίκες και άνδρες. Φαίνεται πράγματι να υπάρχουν διαφορές φύλου, όπως αναφέρεται στους Simionescu et al., (2021). Ακόμη, οι περισσότερες έρευνες μελετούν την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία σε γυναίκες. Μόνο λίγες εστιάζουν σε άντρες που συμμετέχουν σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης (Volgsten, Skoog Svanberg, Ekselius & Lundkvist, 2008), αλλά και γενικότερα η έρευνα στην υπογονιμότητα έχει αποκλείσει τους άνδρες (Durairajanayagam, 2018)

Στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, οι γυναίκες συνήθως βιώνουν περισσότερη δυσφορία σε σύγκριση με τους άνδρες συντρόφους τους, αλλά, όταν η υπογονιμότητα σχετίζεται με έναν ανδρικό παράγοντα, η δυσφορία των αντρών είναι έντονη πλησιάζοντας τα επίπεδα των γυναικών (Throsby & Gill, 2004). Στις έρευνες, οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες και να βιώνουν μεγαλύτερη ψυχική δυσφορία και θέματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άντρες όταν προκύπτουν δυσκολίες γονιμότητας (El Kissi et al., 2013· Rich & Domar, 2016· Volgsten et al., 2008· Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver & Coddington, 2011). Μια εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες συνήθως κατηγορούν τις ίδιες και νιώθουν πως έχουν αποκλειστικά οι ίδιες την ευθύνη για την επίλυση (Biringier et al., 2015· Desai & Gundabattula, 2017). Επιπλέον, οι Edelmann και Connolly (2000) αναφέρουν την επίδραση των παραδοσιακών στερεοτύπων φύλου και τις διαφορές φύλου στην αντίδραση στο άγχος γενικότερα. Η Haica (2013) σχολίασε πως η βιβλιογραφία

παρουσιάζει την υπογονιμότητα ως πιο στρεσογόνο για τις γυναίκες συμβάν, όμως οι περισσότερες έρευνες αποκλείουν τους άντρες, όπως αναφέρει και η Durairajanayagam (2018). Ανεξάρτητα από το που εντοπίζεται η αιτία της υπογονιμότητας, ακόμα και σε περιπτώσεις που οφείλεται σε ανδρικό παράγοντα, οι γυναίκες είναι αυτές που εμφανίζονται κυρίως ως «ασθενείς» στις κλινικές (Domar & Cousineau, 2007). Οι γυναίκες καλούνται να παρακολουθούν και να ελέγχουν σε καθημερινή βάση τον κύκλο τους, να προσαρμόζουν και να ρυθμίζουν το καθημερινό τους πρόγραμμα σύμφωνα με τις απαιτήσεις και καθοδηγήσεις των ιατρών και να δέχονται παρεμβατικές θεραπείες στο σώμα τους. Η θεραπεία για τους άντρες είναι λιγότερο παρεμβατική σε σύγκριση με αυτών των γυναικών (Webb & Daniluk, 1999). Συνεπώς, είναι αναμενόμενο οι γυναίκες να επιβαρύνονται περισσότερο και ψυχολογικά με την υπογονιμότητα (Abbey, Andrews & Halman, όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau, 2007). Βέβαια, και οι άντρες επηρεάζονται ψυχολογικά από την υπογονιμότητα. Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι οι άνδρες που αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα αισθάνονται λιγότερη αυτοπεποίθηση και περισσότερο άγχος σε σύγκριση με άνδρες χωρίς προβλήματα γονιμότητας. Η δυσφορία παραμένει ακόμα και 18 μήνες μετά τη θεραπεία, ανεξάρτητα από το αν έχει επιτευχθεί πετυχημένη γέννα (Glover, Gannon & Abel, όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau, 2007). Οι γυναίκες συνήθως εκδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης από ότι οι άντρες, ενώ οι άνδρες από την άλλη εκδηλώνουν περισσότερες ψυχοσωματικές εκδηλώσεις δυσφορίας. Επιπλέον, οι άντρες εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση για τις σχέσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες. Αυτό ίσως εξηγείται μεταξύ άλλων από το γεγονός ότι οι γυναίκες τείνουν να αισθάνονται ένοχες και υπεύθυνες για τη δυσκολία σύλληψης, ενώ δέχονται και περισσότερη κοινωνική πίεση και στίγμα (Sezgin & Hocaoglu, 2014).

Οι γυναίκες και οι άντρες υιοθετούν και διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας. Έτσι, συνήθως οι γυναίκες κάνουν ό,τι μπορούν για να

αντισταθμίσουν τη δυσκολία και επιβάρυνση της κατάστασης, όπως αναζήτηση κοινωνικής στήριξης, αναζήτηση πληροφοριών (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). Όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau (2007), έρευνες υποστηρίζουν ότι οι άνδρες χρησιμοποιούν λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης από τις γυναίκες όσον αφορά τη διαχείριση της υπογονιμότητας. Συνήθως, παρατηρείται υπερενασχόληση με την εργασία ή υπερεμπλοκή σε άλλες δραστηριότητες. Τείνουν να είναι πιο αισιόδοξοι, εστιάζουν στη λύση, είναι λιγότερο πρόθυμοι να αναζητήσουν κοινωνική στήριξη, διαπραγματεύονται πιο εύκολα το ενδεχόμενο να μην κάνουν παιδιά και έχουν την τάση να αποκρύβουν τα συναισθήματα τους στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν τις γυναίκες τους. Επιπλέον, οι άντρες συνήθως αναζητούν βοήθεια για να αντιμετωπίσουν την κρίση που υφίσταται η σχέση τους λόγω υπογονιμότητας και όχι τόσο για την αίσθηση απώλειας λόγω της αδυναμίας να αποκτήσουν απόγονο (Aarts et al., 2011). Στο συγκεκριμένο σημείο κρίνεται σημαντικό να τονιστεί πως οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα συναισθήματα που σχετίζονται με την υπογονιμότητα μπορεί περιστασιακά να οδηγήσουν σε προβλήματα στη σχέση. Οι γυναίκες στην πλειονότητά τους εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, ενώ οι άνδρες επικοινωνούν δυσκολότερα συναισθήματα, γεγονός που μπορεί να παρερμηνευθεί στη σχέση ως έλλειψη ενδιαφέροντος ή γενικότερη αδιαφορία για το ζήτημα της υπογονιμότητας (Throsby & Gill, 2004). Συνεπώς, οι άντρες συχνά επιφορτίζονται περισσότερο με το ρόλο του υποστηρικτή με αποτέλεσμα να εστιάζουν λιγότερο στα δικά τους συναισθήματα και άγχος (Cousineau & Domar, 2007).

Ψυχιατρικές Διαταραχές

Σύμφωνα με μια βιβλιογραφική μελέτη σχετικά με τη συχνότητα των ψυχικών προβλημάτων στην υπογονιμότητα, το 25% έως 60% όσων βιώνουν υπογονιμότητα αναφέρουν ότι βιώνουν ψυχικές διαταραχές και τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής διάθεσης είναι αισθητά μεγαλύτερα από αυτά των γόνιμων ατόμων (De Berardis et al., 2014).

Η συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών είναι πολύ μεγαλύτερη σε άτομα με θέματα υπογονιμότητας, σε σύγκριση με άτομα χωρίς προβλήματα γονιμότητας (Daibes, Safadi, Athamneh, Anees & Constantino, 2018). Στην έρευνα των Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni & Koronen (2010), οι διαταραχές διάθεσης ήταν 3.4 φορές πιο συχνές και οι αγχώδεις διαταραχές 2.7 φορές στην ομάδα με τα υπογόνιμα άτομα από ότι στην ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες, ειδικότερα, είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα ψυχικής υγείας ως αποτέλεσμα της επιθυμίας τους να μείνουν έγκυος και της αδυναμίας τους να το πετύχουν και συχνά είναι η στιγμή που εμφανίζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή (Greil et al., 2011· Schaller, Griesinger & Banz-Jansen, 2016). Οι πιο συχνές διαταραχές που συναντώνται σε άτομα που αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Covington, 2015). Η έρευνα δείχνει ότι το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται συνήθως στα τέσσερα με έξι χρόνια από την εκδήλωση της υπογονιμότητας (Ramezanzadeh et al., 2004). Το τρίτο έτος της αποτυχίας είναι συνήθως η περίοδος που κορυφώνεται η ψυχική δυσφορία και μετά από έξι χρόνια συνήθως αυτή μειώνεται. Όσο προχωράει η θεραπεία, τόσο πιο συχνά εκδηλώνονται αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Μια αποτυχημένη προσπάθεια θεραπείας έχει συνδεθεί με μεγαλύτερα επίπεδα άγχους, ενώ δύο αποτυχημένες απόπειρες έχουν συνδεθεί με καταθλιπτική διάθεση σε σύγκριση με άτομα χωρίς ιστορικό θεραπειών (Maroufizadeh, Karimi, Vesali & Omani Samani, 2015) . Οι Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel και Friedman (όπως αναφέρεται στο Ramezanzadeh, 2004), υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας για 2-3 χρόνια είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από αυτές που αντιμετώπιζαν προβλήματα για ένα χρόνο ή περισσότερο από 6 χρόνια. Στις αρχές, η αισιόδοξη οπτική των γυναικών για ευνοϊκά αποτελέσματα πιθανόν παρέχει προστασία από τα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ η εκτεταμένη εμπειρία τους με τα προβλήματα γονιμότητας και τις αναπαραγωγικές θεραπείες προκαλεί απόγνωση και απελπισία. Επιπρόσθετα, μετά από έξι χρόνια, όπου οι γυναίκες έχουν εξελιχθεί και έχουν

εξοικειωθεί με το ζήτημα της υπογονιμότητας σταδιακά φτάνουν να το αποδέχονται και έτσι παρατηρείται μείωση καταθλιπτικής διάθεσης. Επίσης, όσο περισσότερο εκδήλωνε συμπτώματα κατάθλιψης μια γυναίκα τόσο λιγότερο πιθανό ήταν να ξεκινήσει θεραπεία και πιο πιθανό να παρατήσει τη θεραπεία έπειτα από την πρώτη φάση. Έχει, επίσης, αποδειχθεί ότι η διακοπή της θεραπείας οφείλεται συνήθως σε ψυχολογικούς παράγοντες, ακόμη και αν υπάρχει θετική προοπτική και έχουν εξασφαλιστεί τα οικονομικά μέσα για να καλυφθεί (Gameiro, Bolivin, Peronace & Verhaak, 2012· Gameiro, Bolivin & Domar, 2013· Rich & Domar, 2016). Ακόμη, είναι αξιοσημείωτο ότι τα ποσοστά διαγνωσμένης κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών που προσπαθούν να μείνουν έγκυος είναι συχνά ισοδύναμα με εκείνα των γυναικών με καρδιακές παθήσεις ή καρκίνο (Deka & Sarma, 2010). Το άγχος στα υπογόνιμα άτομα ήταν μεγαλύτερο από ότι σε ασθενείς με καρκίνο, καρδιακές διαταραχές, HIV και άλλες σοβαρές απειλητικές για τη ζωή χρόνιες ασθένειες (Kainz, 2001). Στις έρευνες, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που συναντώνται συνήθως σε άτομα με ζητήματα υπογονιμότητας είναι οι διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, η σωματοποίηση, η δυσθυμία, συχνές κρίσεις πανικού (Vander Borgh & Wyns, 2018).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι επιπτώσεις στη ψυχική υγεία δεν προκαλούνται μόνο από την υπογονιμότητα ως δυσάρεστο και ψυχοπιεστικό γεγονός αλλά και από τις παρενέργειες των φαρμάκων και των ουσιών που χορηγούνται στη θεραπεία της υπογονιμότητας (Choi et al., 2005). Για παράδειγμα, η λευπρολίδη, μια ουσία που χορηγείται σε θεραπείες της υπογονιμότητας φαίνεται να προκαλεί εναλλαγές στη διάθεση, συμπτώματα κατάθλιψης και άγχος, κολπική ξηρότητα, ακμή, πόνο στις αρθρώσεις και μειωμένη σεξουαλική επιθυμία σε ορισμένες γυναίκες (Warnock, Bundren & Morris, 2000).

Υπογονιμότητα και Συντροφική Σχέση

Όπως αναφέρεται στους Tao et al. (2012) και στους Ferreira et al. (2015), όσον αφορά τη σχέση υπογονιμότητας και συντροφική σχέση, οι έρευνες παρουσιάζουν αντικρουόμενα

αποτελέσματα. Από τη μία, η υπογονιμότητα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση και από την άλλη, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η κοινή εμπειρία ενισχύει την αλληλοϋποστήριξη και αίσθηση ενότητας, και δίνει την ευκαιρία στο ζευγάρι να αναπτύξει νέους τρόπους επικοινωνίας και δεξιότητες επίλυσης προβλήματος. Μάλιστα, η υπογονιμότητα δύναται να συμβάλει στην ενδυνάμωση της σχέσης εάν οι σύντροφοι ενωθούν για να αντιμετωπίσουν από κοινού το πρόβλημα (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005). Επίσης, η ισχυρή συζυγική σχέση βοηθά το ζευγάρι να αντέξει και να διαχειριστεί τις οργανικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της θεραπείας (Ying, Wu & Loke, 2016). Άλλωστε, η στήριξη από τον/την σύντροφο είναι καθοριστικής σημασίας (Lund, Sejbaek, Christensen, & Schmidt, 2009· Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). Χρειάζεται να λάβουμε υπόψη ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη συντροφική σχέση. Άλλοι παράγοντες όπως κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, προσωπικότητα, ψυχική υγεία, επικοινωνία και διάρκεια γάμου επηρεάζουν τη σχέση και παίζουν ρόλο στο πως η υπογονιμότητα επιδρά στη σχέση (Tao et al., 2012). Ακόμα, είναι σημαντικό να δίνεται προσοχή στην αλληλεπίδραση του ζευγαριού γενικότερα, και να μην περιορίζεται το ενδιαφέρον στη συμφωνία ή τη διαφωνία των συντρόφων ως προς τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την στρεσογόνα αυτή εμπειρία. Η δυαδική προσαρμογή και οι πόροι της σχέσης έχουν ισχυρή θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ακόμα και σε περιπτώσεις που η υπογονιμότητα διαρκεί για πολλά χρόνια (Zurlo et al., 2018). Οι Ferreira et al. (2015) υποστήριξαν πως η υπογονιμότητα δεν επηρεάζει τη συζυγική ικανοποίηση συνολικά, αλλά σημαντικές διαστάσεις της ζωής του ζευγαριού (π.χ. συναισθηματική εγγύτητα, σεξουαλική δραστηριότητα, επικοινωνία/σύγκρουση κ.α.).

Υπογονιμότητα και Σεξουαλικότητα

Η υπογονιμότητα επηρεάζει και τη σεξουαλική επιθυμία, δραστηριότητα και ικανοποίηση των ατόμων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Tao, Coates &

Maycock (2011), οι έρευνες δείχνουν ότι η υπογονιμότητα και η θεραπεία επιφέρουν αλλαγές στη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, τις σεξουαλικές σχέσεις και λειτουργία που με τη σειρά τους επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και ευεξία των ζευγαριών. Οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο συχνά σεξουαλικές δυσλειτουργίες ως αποτέλεσμα της διάγνωσης της υπογονιμότητας και της θεραπείας σε σύγκριση με τους άντρες (Wischmann, 2010). Βέβαια χρειάζεται να έχουμε υπόψη ότι η ιατρική θεραπεία έχει συνήθως ευεργετική επίδραση στην επιθυμία των αντρών, για τις γυναίκες όμως η επίδραση δεν έχει πάντα θετικό πρόσημο (Lenzi, Lombardo, Salacone, Gandini & Jannini, 2003). Ένας από τους βασικούς λόγους που συμβάλλουν σε σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι η καθοδηγούμενη και προγραμματισμένη σεξουαλική επαφή. Πιο αναλυτικά, οι οδηγίες των γιατρών που αφορούν τη ρύθμιση της σεξουαλικής επαφής σε ένα ορισμένο χρονοδιάγραμμα και με τέτοιο τρόπο και ώστε να εξασφαλίζεται μεγαλύτερη πιθανότητα σύλληψης οδηγεί σε μείωση της διάθεσης και απόλαυσης της σεξουαλικής δραστηριότητας (Ohl et al., 2009). Η σεξουαλική επαφή ορίζεται με βάση ένα χρονοδιάγραμμα που καθορίζεται από τους γιατρούς και δεν προκύπτει από την επιθυμία του ζευγαριού. Επίσης, κατά τη διάρκεια υπάρχει άγχος, ώστε να τηρηθούν οι οδηγίες των γιατρών, αλλά και φόβος μιας ακόμα επιτυχημένης προσπάθειας, με αποτέλεσμα να θυσιάζεται η απόλαυση και η ικανοποίηση. Επιπλέον, οι ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας, ως μια ψυχοπιεστική και αρνητική εμπειρία ζωής, επηρεάζουν την επίτευξη οργασμού και απόλαυση στις γυναίκες (Brek, 2011). Αλλά και στους άντρες, το άγχος επηρεάζει πτυχές της σεξουαλικής δραστηριότητας, όπως τη στύση, την εκσπερμάτιση και τη συχνότητα (Schneid-Kofman & Sheiner, 2005).

Η αρνητική εικόνα σώματος ως απόρροια της υπογονιμότητας είναι ένας ακόμη παράγοντας που δημιουργεί προβλήματα στη σεξουαλική αυτοεκτίμηση των ατόμων και συνεπώς επιδρά αρνητικά στην σεξουαλική ικανοποίηση (Beshart & Hossin- Zadeh- Bazargan, 2006). Στις γυναίκες, η αρνητική αυτοεικόνα έχει μεγαλύτερη επίδραση στη

σεξουαλική αυτοεκτίμηση από ότι στους άντρες. Χρειάζεται όμως περαιτέρω έρευνα για το πως η υπογονιμότητα επηρεάζει τη σεξουαλική αυτοεικόνα (Tao et al., 2011). Σύμφωνα με τους Lee, Sun και Chao (2001), η αποθάρρυνση και η μείωση επιθυμίας είναι τα πιο συχνά προβλήματα στις γυναίκες. Για τους άντρες, η κύρια αιτία για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι η αίσθηση απώλειας του ανδρισμού (Lenzi et al., 2003). Επίσης, η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής είναι ένας ενδεικτικός παράγοντας σεξουαλικής ικανοποίησης για τους άντρες. Η μείωση ως αποτέλεσμα της υπογονιμότητας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ικανοποίηση των αντρών (Ramezandeh, Aghssam Jafarabadi & Zayer, 2006). Επιπλέον, καθώς η εγκυμοσύνη θεωρείται αποτέλεσμα της σεξουαλικής επαφής, προβλήματα γονιμότητας κάνουν τις γυναίκες να αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική δραστηριότητα ως άσκοπη και χωρίς νόημα, με αποτέλεσμα περισσότερο άγχος, δυσκολίες στην επίτευξη οργασμού και μείωση της συχνότητας επαφών (Kohan, Ghasemi & Beigi, 2015).

Η διαγνωσμένη υπογονιμότητα διάρκειας 3-6 χρόνων που οφείλεται σε αντρικό παράγοντα συσχετιζόταν με μεγαλύτερη αστάθεια στη σχέση και λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση και στους δύο συντρόφους (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Οι γυναίκες δηλώνουν μικρότερη σεξουαλική ικανοποίηση σε σύγκριση με τους συντρόφους τους, όταν ο παράγοντας της υπογονιμότητας εντοπίζεται στον άντρα, στην γυναίκα ή συνδυαστικά και στους δύο, αλλά δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες όταν η αιτία της υπογονιμότητας παραμένει άγνωστη (Lee et al., 2001).

Αν και η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει την αρνητική επίδραση της υπογονιμότητας στις σεξουαλικές σχέσεις, υπάρχουν και αντικρουόμενα δεδομένα. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη παράμετροι όπως οι διαφορές φύλου στη διαχείριση της υπογονιμότητας, οι φάσεις και τα στάδια θεραπείας, δημογραφικά χαρακτηριστικά η γενικότερη κατάσταση υγείας, η διάρκεια της σχέσης, η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ

του ζευγαριού. Επίσης, η έρευνα χρειάζεται να εντοπίσει παράγοντες που συμβάλουν θετικά στη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, σχέσεις και λειτουργία (Tao et al., 2011).

Σχόλια Σύνοψης

Συμπερασματικά, η υπογονιμότητα δύναται να έχει σημαντική επιζήμια επίδραση στην ψυχική και συναισθηματική υγεία τόσο των δύο μελών ξεχωριστά όσο και του ζευγαριού. Σε πολλές έρευνες, το γεγονός ότι ένα ζευγάρι δεν μπορεί να έχει πετυχημένη εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται ως τραυματική εμπειρία. Τα άτομα που βιώνουν υπογονιμότητα μπορεί να εκφράσουν σεξουαλικό άγχος ή δυσφορία, απόγνωση, ντροπή, θλιψη, άγχος, απογοήτευση, απελπισία, ματαίωση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις που με τη σειρά τους επηρεάζουν τη συντροφική. Αδιαμφισβήτητα είναι δύσκολο να ανταποκριθεί και να διαχειριστεί ένα ζευγάρι την υπογονιμότητα. Τα θέματα υπογονιμότητας είναι απαιτητικά και διαφοροποιούνται ανάλογα με τον λόγο της υπογονιμότητας, τη διάρκειά της και άλλους πολλούς παράγοντες (Ramazanzadeh et al. 2004). Η θεραπεία της υπογονιμότητας δημιουργεί ένα σημαντικό και συνεχές δίλημμα για τους συντρόφους, μια αγχωτική δηλαδή συνθήκη, που προκαλεί μεγάλη ψυχική καταπόνηση και πολλές φορές ποικίλα τραύματα. Επιπλέον, καθώς το να έχει κανείς παιδί έχει πολιτισμικές και κοινωνικές προεκτάσεις και ταυτίζεται με το νόημα της ζωής, τα υπογόνιμα ζευγάρια επενδύουν σημαντική ενέργεια, κόπο, χρόνο και χρήμα στην προσπάθεια τους να ανακαλύψουν μια αποτελεσματική λύση και να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα για την υπογονιμότητα. Κατά συνέπεια, είναι σαφές ότι λόγω των επιπτώσεων στο σώμα, τη ψυχολογία και την οικονομία τους αισθάνονται πολλαπλό άγχος και επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Ramazanzadeh et al. 2004). Συνίσταται η υπογονιμότητα να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως ένα θέμα του ζευγαριού, καθώς ανεξάρτητα από το σε ποιον εντοπίζεται η αιτία της δυσκολίας, και οι δύο σύντροφοι καλούνται να διαχειριστούν την κατάσταση και να εμπλακούν στη θεραπεία (Llavona Uribelarrea, 2008).

Ερευνητικοί Στόχοι

Βάσει των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω κατέστη φανερό πως η υπογονιμότητα αποτελεί ένα ιδιαίτερα ψυχοπιεστικό γεγονός που φέρει πολλές σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο υπογόνιμο άτομο, όσο και στον/ στην σύντροφό του, αλλά και στη σχέση. Κατά τη διάρκεια των χρόνων έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες έρευνες για την υπογονιμότητα από διάφορα επιστημονικά πεδία. Κατά συνέπεια, η μελέτη των ψυχολογικών προεκτάσεων της υπογονιμότητας και δεδομένης της πολυπλοκότητας του φαινομένου έχει κερδίσει το ερευνητικό ενδιαφέρον ανά τα χρόνια και ανά τον κόσμο με πλούσια ερευνητική βάση. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τις συνεχώς εξελισσόμενες θεραπείες και τις έντονες επιδράσεις που δέχεται από τις ιστορικές και κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες παραμένει πάντα ένα ζήτημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και επικαιροποίησης των ερευνητικών δεδομένων. Στον ελλαδικό χώρα, οι περισσότερες έρευνες έχουν ιατρικό προσανατολισμό, ενώ η πλειοψηφία των ερευνών με ψυχολογική οπτική προσεγγίζεται με ποσοτική μεθοδολογία.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση, κατανόηση και ερμηνεία της εμπειρίας ατόμων που έχουν έρθει αντιμέτωποι με προβλήματα γονιμότητας. Πιο αναλυτικά, επιδιώκεται να μελετηθούν περιοχές όπως τα συναισθήματα και οι σκέψεις, η σχέση με τον/την σύντροφο, οι αλλαγές στη ζωή, οι δυσκολίες και οι ανάγκες, η διαχείριση, αποδοχή και νοηματοδότηση της δυσκολίας. Το προσωπικό βίωμα είναι μοναδικό και περίπλοκο. Σε μια προσπάθεια, να κατανοηθεί πως οι άνθρωποι βιώνουν την υπογονιμότητα και να αναδυθούν ποιότητες του βιώματος αυτού επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογία, καθώς δίνεται η δυνατότητα σε βάθος κατανόηση και περιγραφή φαινομένων, ανθρώπινων εμπειριών, αλλά η περαιτέρω διερεύνηση εννοιών, οι οποίες είναι ανοιχτές, υπό κατασκευή (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Μέθοδος

Μεθοδολογική Προσέγγιση

Βασικό μέλημα κάθε ερευνητή είναι ο προσδιορισμός της μεθοδολογίας. Η μεθοδολογία αφορά σε μια γενική προσέγγιση στη μελέτη των ερευνητικών θεμάτων, υπαγορεύεται από θεωρητικές παραδοχές και αξίες και συνδέει το αφαιρετικό και θεωρητικό επίπεδο της επιστημολογίας με την επιλογή τεχνικών και μεθόδων έρευνας και την υλοποίηση της έρευνας (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να συλλάβει την ποιότητα και την υφή της εμπειρίας των συμμετεχόντων σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο. Με άλλα λόγια, σκοπός είναι η ανάδειξη συναισθημάτων, σκέψεων και αντιλήψεων που αφορούν την εμπειρία της υπογονιμότητας. Η ερευνήτρια ενδιαφέρεται να κατανοήσει την εμπειρία, να ανακαλύψει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει την κατάσταση, τον κόσμο και όχι να αποκαλύψει την αληθινή φύση των φαινομένων, αυτό που «πραγματικά» συμβαίνει. Αρχικά, για όλους τους παραπάνω λόγους ήταν σαφής και ξεκάθαρη την επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας, καθώς η ποιοτική μεθοδολογία δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και βιώνουν τον κόσμο, τις εμπειρίες, τον εαυτό τους, στο νόημα που οι ίδιοι αποδίδουν στα βιώματα τους (Willig, 2015). Στα πλαίσια της ποιοτικής προσέγγισης υιοθετήθηκε η φαινομενολογία και πιο συγκεκριμένα η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, η οποία αποτελεί από τις πιο δημοφιλείς και πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μεθόδους στον τομέα της ψυχολογικής έρευνας (Howitt, 2016· Smith, 2011). Άλλωστε, η επιλογή αυτή εξυπηρετεί καλύτερα τους στόχους της παρούσας έρευνας και συμφωνεί με τις αντιλήψεις και στάση της ίδιας της ερευνήτριας.

Η φαινομενολογία εστιάζοντας στον τρόπο θέασης του κόσμου από τα υποκείμενα επιδιώκει να περιγράψει, να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τις εμπειρίες των ατόμων (Willig, 2015). Μελετά και προσπαθεί να κατανοήσει τόσο αυτό που παρουσιάζεται στο

άτομο όσο και τον τρόπο που αυτό παρουσιάζεται στην εμπειρία ή συνείδηση μας. Είναι ένας τρόπος οργάνωσης της πληροφορίας σχετικά με τις αντιλήψεις, εμπειρίες και βιώματα των ανθρώπων σε μια προσπάθεια να αναδυθεί το νόημα και η ουσία αυτής της εμπειρίας. Με απλά λόγια, ενδιαφέρεται για την κατανόηση της προσωπικής βιωμένης εμπειρίας, στο πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται, βιώνουν και κατανοούν τον κόσμο, τα φαινόμενα, τις εμπειρίες και τον εαυτό τους.

Η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση (ΕΦΑ) συνιστά μια εκδοχή της φαινομενολογικής μεθόδου. Βασίζεται στην παραδοχή ότι πρόσβαση στην εμπειρία του άλλου δεν είναι ποτέ άμεση παρά μόνο μέσω μιας ερμηνευτικής εμπλοκής του ερευνητή. Η διερεύνηση της εμπειρίας του συμμετέχοντα επηρεάζεται από την οπτική του ερευνητή για τον κόσμο καθώς και την αλληλεπίδραση συνεντευκτή και συνεντευξιαζόμενου (Willig, 2015). Η προσέγγιση αυτή προσπαθεί να κατανοήσει τη σημασία της εξιστόρησης και το νόημα της εμπειρίας σε συνάρτηση με το ευρύτερο κοινωνικό, πολιτισμικό και θεωρητικό πλαίσιο.

Συμμετέχοντες

Δειγματοληψία

Σύμφωνα με τις αρχές, τις αξίες και τους σκοπούς της ποιοτικής μεθοδολογίας και για την ουσιαστική κατανόηση της εμπειρίας του φαινομένου, το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι μεγάλο. Μάλιστα, ένα ποσοτικά μεγάλο δείγμα θέτει το κίνδυνο να χαθεί η μοναδικότητα των υποκειμένων. Αυτό που έχει σημασία στην ποιοτική έρευνα είναι το δείγμα να είναι κατάλληλο, δηλαδή τα άτομα να έχουν γνώση του φαινομένου, ορισμένα χαρακτηριστικά που ο ερευνητής ενδιαφέρεται να μελετήσει και προθυμία των υποκειμένων να συμμετέχουν στην έρευνα. Συνεπώς, ο ερευνητής σκοπίμως επιλέγει το δείγμα που ταιριάζει στο ερευνητικό του ερώτημα. Αυτό συνεπάγεται ότι η υποκειμενική γνώση και κρίση του ερευνητή για την δυνατότητα των συμμετεχόντων να δώσουν επαρκείς και κατάλληλες

πληροφορίες παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του δείγματος. Ωστόσο, δεν πρόκειται για μια διαδικασία αυθαίρετη. Ο ερευνητής επιχειρηματολογεί για την επιλογή του στα πλαίσια της αναστοχαστικότητας (Ματζούκας, 2007).

Αναφορικά με τη δειγματοληπτική μέθοδο, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας (convenience sampling), στα πλαίσια της δειγματοληψίας σκοπιμότητας. Επιλέχθηκαν, δηλαδή, συμμετέχοντες επειδή ήταν άμεσα διαθέσιμοι και εύκολα προσβάσιμοι στην ερευνήτρια. Το δείγμα ευκολίας επιτρέπει την άμεση συλλογή δεδομένων και διευκολύνει τη διαδικασία (Ισαρη & Πουρκός, 2015). Δεδομένων των συνθηκών κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα, η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρήθηκε ως κατάλληλη. Στην παρούσα έρευνα, κριτήριο συμμετοχής είναι αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να αποκτήσει παιδί έπειτα από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισυλληπτική προστασία.

Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 4 συμμετέχοντες,

Πίνακας 1

Βασικά Στοιχεία Περιγραφής Συμμετεχόντων

Ψευδώνυμο	Ηλικία	Εργασία/Ενασχόληση	Οικογενειακή κατάσταση
Σοφία	35	Οικιακά	Παντρεμένη με 2 παιδιά
Νίκος	39	Ελεύθερος επαγγελματίας	Παντρεμένος με 2 παιδιά
Γιάννης	56	Συνταξιούχος	Διαζευγμένος με 1 παιδί

Ψευδώνυμο	Ηλικία	Εργασία/Ενασχόληση	Οικογενειακή κατάσταση
Βασιλική	46	Δημόσιος Υπάλληλος	Παντρεμένη με 2 παιδιά

Περιληπτική Περιγραφή Δυσκολιών Υπογονιμότητας των Συμμετεχόντων

Για την καλύτερη κατανόηση περιγράφεται συνοπτικά το πρόβλημα γονιμότητας που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες. Η Σοφία και ο Νίκος είναι ζευγάρι. Η αιτία υπογονιμότητας εντοπίστηκε στον άντρα, μετά από πολύ καιρό καθώς οι γιατροί εστίαζαν στη γυναίκα η οποία έχει σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η μόνη λύση που τους προτάθηκε, η οποία και επιλέχθηκε ήταν η εξωσωματική. Όσον αφορά τη Βασιλική, η υπογονιμότητα παρέμεινε ανεξήγητη. Παρά την επίμονη προσπάθεια 8 χρόνων δεν κατάφεραν οι γιατροί να εντοπίσουν κάποια αιτία. Γινόταν η σύλληψη, δεν ολοκληρωνόταν όμως η εγκυμοσύνη. Τελικά, το ζευγάρι προχώρησε σε τεκνοθεσία. Όσον αφορά το Γιάννη, το πρόβλημα εντοπίστηκε στη γυναίκα. Αιτία ήταν η δίκερη μήτρα. Ο δικός τους αγώνας κράτησε 8 χρόνια. Μετά από επεμβάσεις αντιμετωπίστηκε η αιτία και πραγματοποιήθηκε πετυχημένη εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα ένα υγιές κοριτσάκι.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα ως κατάλληλη μέθοδος για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη. Βασικό χαρακτηριστικό της ημι-δομημένης συνέντευξης είναι η ευελιξία που προσφέρεται λόγω απουσίας αυστηρής και καθορισμένης δόμησης. Αν και υπάρχει ένα προσχέδιο ερωτήσεων που λειτουργούν σαν «χάρτης» για τον ερευνητή, η συνέντευξη με το άλλο άτομο παραμένει μια ανοιχτή διαδικασία όπου δίνεται η δυνατότητα να τροποποιηθούν το περιεχόμενο και η σειρά των ερωτήσεων ανάλογα τον ερωτώμενο, να προστεθούν ή να αφαιρεθούν ερωτήσεις και γίνεται εμβάθυνση σε

διαφορετικά σημεία ανάλογα τον συνεντευξιζόμενο (Ισαρη & Πούρκος, 2015). Με άλλα λόγια, η ευελιξία αυτή δίνει τη δυνατότητα να αναδυθούν νέες ερευνητικές περιοχές που έχουν νόημα και σημασία για τους συμμετέχοντες, που διαφορετικά θα υπήρχε κίνδυνος να προσπεραστούν ή να μην τύχουν ανάλογης προσοχής. Το προσχέδιο των ερωτήσεων λειτουργεί υποστηρικτικά για τον ερευνητή, ώστε να διασφαλιστεί ότι θα απαντηθούν τα ερωτήματα εκείνα που είναι σημαντικά για το υπό έρευνα φαινόμενο και χρειάζεται οπωσδήποτε να καλυφθούν για να μην ξεστρατίσει εκτός θέματος ο διάλογος (Ματζούκας, 2007). Όπως υποστηρίζουν οι Smith και Osborn (2003), ο ημι-δομημένος τύπος καθοδηγεί και διαμορφώνει τη βάση της συνέντευξης, αλλά δεν την υπαγορεύει. Η μοναδικότητα του κάθε συνεντευξιζόμενου στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης με τον συνεντευκτή καθορίζει το πως εξελίσσεται και διαμορφώνεται η συνέντευξη. Για όλους τους παραπάνω λόγους, σε συνδυασμό με την απειρία της ερευνήτριας που θα καθιστούσε ριψοκίνδυνη την επιλογή αδόμητης συνέντευξης προκειμένου να αναδειχθεί το αφήγημα των ανθρώπων και ό,τι έχει σημασία για αυτούς χωρίς οποιαδήποτε κατεύθυνση- κρίθηκε ως καταλληλότερος τύπος η ημιδομημένη συνέντευξη.

Ο οδηγός συνέντευξης παρατίθεται στο Παράρτημα Α. Βασικά σημεία διαμόρφωσης των ερωτήσεων είναι η περιγραφή του προβλήματος, συναισθήματα και σκέψεις γύρω από το πρόβλημα, ψυχικές επιπτώσεις, πιθανές αλλαγές στη ζωή, οι δυσκολίες, η επίδραση στη συντροφική σχέση, η διαχείριση της κατάστασης, οι ανάγκες και η νοηματοδότηση του βιώματος αυτού.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε μέσω του κοινωνικού δικτύου της ερευνήτριας. Σε επικοινωνία του θέματος της έρευνας και της ανάγκης για εύρεση ατόμων που έχουν τη συγκεκριμένη εμπειρία της υπογονιμότητας, είτε η ίδια η ερευνήτρια ρώτησε άμεσα αν γνωρίζουν άτομα που έχουν αντιμετωπίσει ή αντιμετωπίζουν προβλήματα

γονιμότητας και είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν σε έρευνα δίνοντας συνέντευξη είτε της πρότειναν γνωστούς τους που πιθανόν θα μπορούσαν να συμβάλουν στην έρευνα. Κατόπιν εκδήλωσης ενδιαφέροντος, η ερευνήτρια επικοινωνούσε προσωπικά, ώστε να κανονιστεί η ώρα και ο τόπος συνέντευξης.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τον Νοέμβριο του 2022 στην Πάτρα είτε δια ζώσης στα σπίτια είτε διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας viber, προς διευκόλυνση των συμμετεχόντων έπειτα από δικό τους αίτημα, καθώς ήταν ξεκάθαρη η προτίμηση της ερευνήτριας για δια ζώσης επαφή και αλληλεπίδραση. Δόθηκε μεγάλη σημασία στην εξασφάλιση της ιδιωτικότητας και αίσθησης ασφάλειας κατά την υλοποίηση των συνεντεύξεων.

Στην αρχή η ερευνήτρια παρουσιαζόταν και ανέφερε τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, καθώς και τους κανόνες δεοντολογίας. Έγινε ιδιαίτερη αναφορά στο απόρρητο, την ανωνυμία και το δικαίωμα των συμμετεχόντων να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή τη συνέντευξη, σε περίπτωση που δεν αισθάνονταν άνετα. Ενημερώθηκαν για τη μαγνητοφώνηση και απομαγνητοφώνηση της διαδικασίας και για τους λόγους που είναι απαραίτητο να συμβεί. Δόθηκε χώρος για απορίες και εξασφαλίστηκε έντυπα η συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα (Παράρτημα Β). Σε μια προσπάθεια δημιουργίας κλίματος άνεσης, η ερευνήτρια αναγνώριζε την ευαισθησία του θέματος και τη δυσκολία να μιλήσει κανείς για αυτό σε έναν ξένο για αυτούς ανθρώπους, καθώς επίσης έγινε και αναφορά στο προσωπικό νόημα και όραμα της ερευνήτριας για τη συγκεκριμένη έρευνα. Προτού ξεκινήσουν οι ερωτήσεις σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όλα τα παραπάνω είχαν στόχο να εξοικειωθούν οι συνεντευξιαζόμενοι με τη διαδικασία, να νιώσουν εμπιστοσύνη και να εισαχθούν σταδιακά στο κύριο μέρος (Howitt, 2016).

Πριν το κλείσιμο, ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους να εκφράσουν τυχόν απορίες και προβληματισμούς που μπορεί να αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, καθώς επίσης και να μοιραστούν συναισθήματα και σκέψεις για τη διαδικασία (Howitt, 2016). Λόγω της ευαισθησίας του θέματος κάτι τέτοιο ήταν επιθυμητό κυρίως για την προστασία των ίδιων των ατόμων. Επιπλέον, προσέφερε στην ερευνήτρια ανατροφοδότηση και επιπρόσθετο προς αξιοποίηση υλικό για την έρευνα. Στην παρούσα έρευνα, έγινε επιπλέον συζήτηση για την υπογονιμότητα, την τεκνοθεσία και ανταλλαγή απόψεων αμφότερα. Σε κάποιες περιπτώσεις προέκυψε πλούσιο υλικό, το οποίο ωστόσο δεν καταγράφηκε στη μαγνητοφώνηση. Επιπλέον, παρά το φόβο της ερευνήτριας μην τυχόν προκληθεί αναστάτωση λόγω της ευαισθησίας του θέματος, οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι ένιωσαν άνετα και δεν δυσκολεύτηκαν. Το κύριο μέρος κάθε συνέντευξης διήρκησε περίπου 30-45 λεπτά.

Ανάλυση Δεδομένων

Μετά τη συλλογή δεδομένων, ακολούθησε απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και έγινε ανάλυση των δεδομένων σύμφωνα με την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 4 βήματα, όπως περιγράφουν οι Smith, Flowers και Larkin (2009).

Πρώτον, έγινε προσεκτική πολλαπλή ανάγνωση των απομαγνητοφωνήσεων προκειμένου να επιτευχθεί μια γενική κατανόηση και να διαμορφωθεί μια πρώτη εικόνα για τη δομή και το περιεχόμενο των συνεντεύξεων. Παράλληλα, έγινε προσπάθεια ο αφηγητής να έρθει στο επίκεντρο, ώστε η ερευνήτρια να έρθει κοντά στην αντίληψη των ατόμων. Καταγράφηκαν αρχικές σκέψεις, ιδέες, παρατηρήσεις, ερωτήματα, συνδέσεις. Σύμφωνα με τις οδηγίες των Smith, Flowers και Larkin. (2009) είναι χρήσιμο να περιλαμβάνονται σχόλια περιγραφικού, γλωσσικού και ερμηνευτικού χαρακτήρα. Τα περιγραφικά σχόλια μεταφέρουν πληροφορίες για τη βιωμένη εμπειρία των συμμετεχόντων. Τα γλωσσικά σχόλια αφορούν

παρατηρήσεις σχετικά με τη χρήση της γλώσσας όπως λέξεις, τόνος της φωνής, παύσεις, μεταφορές, επιλογή χρόνου ρημάτων, στοιχεία που δίνουν πληροφορίες για τον τρόπο που αφηγείται κανείς την εμπειρία του. Τέλος, τα ερμηνευτικά σχόλια συμβάλουν στην αναγνώριση αφηρημένων εννοιών, ώστε να κατανοηθούν καλύτερα τα λεγόμενα του συνεντευξιαζόμενου.

Στο δεύτερο βήμα, εντοπίστηκαν και ονοματίστηκαν τα θέματα. Οι ετικέτες αντικατοπτρίζοντας τη βιοματική ποιότητα όσων περιγράφονται συνίσταται να είναι εννοιολογικές. Σε ένα επόμενο βήμα, έγινε οργάνωση των θεμάτων σε ενότητες, ώστε η ανάλυση να αποκτήσει σταδιακά δομή. Οι ετικέτες των ενοτήτων θα πρέπει να συλλαμβάνουν την ουσία των θεμάτων, να ανταποκρίνονται σε όσα λένε οι συμμετέχοντες, να έχουν νόημα ως προς τα αρχικά δεδομένα και αναδεικνύουν ποιότητες της εμπειρίας. Έτσι είναι πιθανό ορισμένα θέματα του δεύτερου σταδίου να μην συμπεριληφθούν εν τέλει στις ενότητες, καθώς είτε δεν καλύπτονται επαρκώς στα δεδομένα είτε παίζουν δευτερεύοντα ρόλο στο υπό μελέτη φαινόμενο. Στο τέταρτο και τελευταίο βήμα, προβλέπεται η δημιουργία πίνακα στον οποίο περιλαμβάνονται οι ετικέτες των ενοτήτων, οι ετικέτες των υφιστάμενων θεμάτων, σύντομα αποσπάσματα λόγου αντιπροσωπευτικά και αποδεικτικά του κάθε θέματος και αντίστοιχη παραπομπή στο κείμενο των συνεντεύξεων (αριθμός σελίδα και σειρά). Στην παρούσα έρευνα λόγω πίεσης χρόνου, το τέταρτο βήμα έγινε πιο εσπευσμένα.

Ευρήματα

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε τις εξής πτυχές της εμπειρίας της υπογονιμότητας: συντροφική σχέση, ιατρικό σκέλος- θετικές και αρνητικές αφηγήσεις για τους γιατρούς, δυσκολίες και ανάγκες- πηγές δύναμης και στήριξης, συναισθήματα και νοηματοδότηση της εμπειρίας.

Συντροφική Σχέση

Το δέσιμο και η αγάπη είναι απαραίτητα στοιχεία για να αντέξει η συντροφική σχέση- κάτι το οποίο τονίζεται έντονα και επανειλημμένα από τους συμμετέχοντες- αλλά και η δυσκολία του προβλήματος ενισχύει τη σύνδεση, βοηθάει να έρθει ακόμα πιο κοντά το ζευγάρι, να συνειδητοποιήσει τη σημασία που έχει ο ένας για τον άλλον, καθώς επίσης και ότι ο ένας επέλεξε τον άλλον ως σύντροφο και συνοδοιπόρο για τη ζωή και όχι προκειμένου να φέρουν παιδί στο κόσμο και μόνο αυτό. Βέβαια απαραίτητη προϋπόθεση είναι μια γερή βάση στη δυάδα.

«δένεσαι περισσότερο με τον άνθρωπό σου για να το περάσεις και πιο εύκολα αλλιώς όλα γίνονται πιο δύσκολα» (Νίκος)

«εγώ θεωρώ ότι αν υπάρχουν ήδη ζητήματα σε ένα ζευγάρι κάτι τέτοιο τα διογκώνει και φτάνεις δεν ξέρω εμείς ήμασταν δεθήκαμε και περισσότερο μετά από αυτό» (Νίκος)

«Για να το προσπαθήσει κάποιος πρέπει να είναι αγαπημένος και να το θέλει όχι να πρέπει να κάνει παιδί συμβαίνει και αυτό πρέπει να παντρευτώ πρέπει να κάνω παιδί δεν ισχύει αυτό για εμένα καθόλου» (Σοφία)

«πως να στο πω ξεκινήσαμε ήμασταν αγαπημένοι να σου δώσω αυτή τη λέξη. Ήμασταν πολύ αγαπημένοι, δηλαδή δεν είχαμε γκρίνιες πάνω στο θέμα φταις φταίω και σε διάφορα καβγαδάκια που μπορεί να υπήρχαν δεν βγήκε ποτέ αυτό το πράγμα να το χτυπήσεις στον άλλον». (Σοφία)

«Φέρνει σε ρήξη πολλές φορές το ζευγάρι θέλει πολύ δυνατή σχέση να υπάρχει για να κρατηθεί και παρόλα αυτά υπήρχαν και στιγμές μεγάλες ρήξεις και σε εμάς έτυχαν και σε εμάς. Ίσως είναι δύσκολο τελικά για αυτό ακούς και πολλά ζευγάρια που τελικά χωρίζουν και κάπου μέσα σε όλο αυτό μέσα στα χρόνια χάνεται χάνεσαι και σαν ζευγάρι χάνεις την έννοια της συντροφικότητας και σου γίνεται σκοπός αυτό και χάνεις όλα τα άλλα» (Βασιλική)

«Ήταν πιο υποστηρικτικός σε όλα και ήταν της λογικής δεν με νοιάζει αν θα αποκτήσω ένα παιδί εγώ διάλεξα εσένα εμείς θα είμαστε μαζί». (Βασιλική)

Ο/η σύντροφος υπήρξε η κυριότερη πηγή στήριξης και δύναμης για τους συμμετέχοντες. Το κοινό βίωμα συνέβαλε στην κατανόηση, συμπαράσταση και αλληλοϋποστήριξη. Διαστάσεις που βοήθησαν ήταν η ηρεμία, η συζήτηση, κοινή στάση, η απουσία πίεσης, η αποφυγή απόδοσης ευθυνών, οι ευκαιρίες να φροντίζουν τη σχέση τους και να ξεφεύγουν.

«ήμασταν ήρεμοι, δηλαδή δεν είχαμε γκρίνιες και αυτό βοήθησε πάρα πολύ ότι δεν είχαμε γκρίνια» (Σοφία)

«Τέλος πάντων δεν είχαμε, δεν ήταν άσχημη η σχέση μας, ίσα ίσα ήμασταν πολύ υποστηρικτικοί ο ένας προς τον άλλον, δεν είχαμε κανένα θέμα ούτε τσακωμούς είχαμε ούτε να τον δω μειονεκτικά ή να με δει μειονεκτικά» (Σοφία)

«το κύριο σε όλη αυτή την κατάσταση είναι το ζευγάρι. Γιατί αν δεν βρίσκει στήριξη ο ένας στον άλλον, όση στήριξη και να βρει στους δικούς του στους φίλους κι αυτά δεν γίνεται» (Νίκος)

«Ο σύζυγος ο οποίος ήταν πιο σταθερός πιο γενικώς ήταν πιο ώριμος σε όλο αυτό ήταν της λογικής ότι αν δεν έρθει δεν πειράζει εμένα βέβαια με πείραζε και για αυτό και κάποια στιγμή μπήκαμε στη διαδικασία να σκεφτούμε και την υιοθεσία» (Βασιλική)

«Με καταλάβαινε, μου άφηνε χρόνο να συνέλθω, δεν με πίεζε, και απλά ήταν δίπλα μου με λίγα λόγια. Μου άφηνε το περιθώριο, το χρόνο μου να συνέλθω χωρίς να πιέζει καταστάσεις

χωρίς να επιμένει χωρίς τίποτα και ήταν εκεί γιατί υπήρξαν στιγμές που έφτασα σε σημείο να του πω να χωρίσουμε κιόλας έφτασα εγώ σε σημείο να το πω και δεν το δέχτηκε... Ένιωθα μήπως αν αυτός βρει μια άλλη γυναίκα αποκτήσει τελικά παιδί ενώ με εμένα δεν μπορεί και Μήπως του κόβω την τύχη, του χαλάω τη ζωή. Ότι άμα ήταν με άλλη γυναίκα μπορεί να ήταν διαφορετικά...» (Βασιλική)

«Εννοείται υπήρχε συγκατάθεση και από τους δύο. Συμφωνία και... δεν μπορώ να πω ότι ο ένας ήθελε και ο άλλος δεν ήθελε. Βέβαια η γυναίκα ήθελε περισσότερο από τον άνδρα» (Γιάννης)

«Δεν το συζητάμε. Δεν υπήρχε μια κόντρα σε αυτό. Υπήρχε μια συμπαράσταση από εμένα, μια συμβατή σκέψη και της γυναίκας προς αυτό» (Γιάννης)

«Πάντα συζητούσαμε. Πάντα. Μπορεί να πρότεινα εγώ κάτι, αλλά πάντα το συζητούσαμε δεν το επέβαλα και αντίστοιχα και ο ίδιος» (Βασιλική)

«Μας έδεσε περισσότερο, σίγουρα, υπήρξαν όμως και στιγμές σε πιο προσωπικό επίπεδο που μας απομάκρυνε και όλας, ξέρεις ο καθένας μπορεί να σκεφτόταν τα δικά του, να μην είχες όρεξη να μην είχες διάθεση για πιο προσωπικές στιγμές αυτά ήταν διάφορες φάσεις διάφορα στάδια που περάσαμε τώρα που τα σκέφτομαι ήταν πολύ λογικό να τα περάσουμε» (Σοφία)

Στον λόγο των συνεντευξιαζόμενων τόσο των αντρών όσο και των γυναικών έγινε σαφές ότι η επιθυμία και επιμονή της γυναίκας για απόκτηση παιδιού είναι πιο έντονη. Αν και όλοι έκαναν αναφορά σε δυσκολίες στη σχέση τους, έδωσαν την εντύπωση ότι αφορούσε μικρές στιγμές, σημεία στην ιστορία τους. Αν και χρησιμοποίησαν λέξεις όπως εντάσεις, ρήξη, απόσταση, δυσκολία, «καβγαδάκια» για να περιγράψουν τις αρνητικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας στη σχέση δεν έμειναν σε αυτό. Σαν να ήταν κάτι αναμενόμενο, «λογικό», αλλά και σαν να μην είχε έκταση και ένταση στη δική τους εμπειρία. Ενώ ήταν κάτι που ανέφεραν, δεν ανέλυσαν παραπάνω, δεν πήραν χρόνο να μιλήσουν για αυτό.

Βέβαια πρόκειται στην πλειοψηφία τους για άτομα των οποίων η σχέση χαρακτηριζόταν από αγάπη και συνεχίζουν να μένουν μαζί. Ακόμα και για τον Γιάννη, ο οποίος χώρισε με την γυναίκα του καθώς προχωρούσε η κύηση δεν στάθηκε σε αρνητικές στιγμές της σχέσης καθόλη τη διάρκεια της προσπάθειας. Ο ίδιος ανέφερε: *«Ήρθε η ρήξη της μη εμπιστοσύνης. Αλλά αυτό έγινε προς τέλος. Τον υπόλοιπο καιρό μιλάγαμε, είχαμε την συμπαράσταση ο ένας στον άλλον, αμοιβαία συμπαράσταση, πηγαίναμε και στο σινεμά να ξεχαστούμε να περάσουμε καλά στην καφετέρια»*

Συμπερασματικά, η αγάπη δημιουργεί τη βάση ώστε το ζευγάρι να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες. Η επίγνωση του γιατί επέλεξε κανείς το άλλο άτομο ως σύντροφο διατηρεί το ζευγάρι ενωμένο, ενώ η επιστροφή στη δυάδα αποτελεί πηγή στήριξης, ανανέωσης και δέσμευσης.

Ιατρικό σκέλος

Θετικές και Αρνητικές Αφηγήσεις για τους Γιατρούς

Μια εμπειρία των ανθρώπων που αφορούσε την επαφή τους με τους γιατρούς και τις απεγνωσμένες προσπάθειες να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους και το οποίο δεν εντοπίστηκε κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν η εκμετάλλευση του πόνου και της επιθυμίας του.

«Σου γίνεται σκοπός αυτό (η επιτυχία των προσπαθειών) και χάνεις όλα τα άλλα. Ίσως είναι ένα λάθος. Σε αυτό βέβαια φταίνε και οι γιατροί. Σε βάζουν και οι γιατροί σε αυτή τη λογική. Στα κέντρα τουλάχιστον που είχα πάει εγώ, υπήρχε πάντα η λογική τώρα θα το κάνουμε και είναι σίγουρο. Οπότε σε βάζανε στη διαδικασία άντε να το ξεκινήσουμε είναι σίγουρο και όταν έφτανε το αρνητικό αποτέλεσμα γυρίζανε -για αυτό σου λέω εκμετάλλευση – και ξαφνικά θυμόντουσαν να σου πουν δεν πειράζει στην επόμενη θα σου κάνω άλλη τιμή, ξαφνικά αρχίζαν και εκπτώσεις, μετά σε έβαζαν σε διαδικασία να σκέφτεσαι και άλλα, άλλες λογικές, να πας με δωρεά ή ωαρίου ή σπερματοζωαρίου όπου τελικά αν το σκεφτείς όπως το σκέφτηκα και εγώ -

για αυτό ξεκινήσαμε και τη διαδικασία της υιοθεσίας -αν είναι να πάρεις ξένο βιολογικό υλικό πάλι πας στην τύχη δεν ξέρεις τι παίρνεις άρα γιατί να μην πάρεις ένα παιδάκι που έχει γεννηθεί και μένει σε ίδρυμα και να αγοράσεις ξένο βιολογικό υλικό για απλά γιατί να δουν την κοιλιά οι γύρω και να πεις ότι είναι δικό μου είναι λίγο εγωιστικό εγώ τουλάχιστον έτσι το είδα μετά λαχείο είναι το ένα λαχείο είναι και το άλλο τελικά το είδαμε έτσι και σκεφτήκαμε την υιοθεσία όταν μας προτείνανε να πάρουμε ξένο βιολογικό υλικό εκεί αρχίσαμε και σκεφτόμαστε διαφορετικά» (Βασιλική)

«Όταν τα περνάς όλα αυτά δεν το βλέπεις και συν όταν είσαι νέος δεν το βλέπεις καθόλου, δεν περνάει από το μυαλό σου έχεις τη λογική ότι είμαι νέος ακόμα μπορώ προλαβαίνω έχω τη δυνατότητα να το κάνω και μπαίνεις σε αυτό το τρυπάκι και χάνεις χρόνια πολλά...χάνεις χρόνια πολλά για ένα πράγμα που μπορεί να εκμεταλλεύονται κάποιοι ... γιατί υπήρξε και γιατρός που μας το είπε κάποια στιγμή ένας γυναικολόγο που πήγαμε όλες τις εξετάσεις, μετά έμαθα ότι βγήκε σε σύνταξη ίσως για αυτό να ήταν ειλικρινής όταν είδε όλες τις εξετάσεις μου τις γύρισε και είπε μην ζανασχοληθείς μην το ζανακοιτάξεις ηρεμήστε χαλαρώστε και αν είναι να έρθει θα έρθει γιατί μου φαίνεται ότι βρήκαν τη κότα με το χρυσό αυγό» (Βασιλική)

«μας λέγανε για κάποιον (όνομα) στην Αθήνα που από ότι αποδείχθηκε ήταν τσαρλατάνος ο άνθρωπος κομπογιαννίτης να το πω έτσι ο οποίος μας έλεγε μας έδωσε κάτι υλικές εξετάσεις- τότε ήταν πανάκριβες 240.000 το κάθε κεφάλι 240 χιλιάδες για εμένα 240 για την τότε γυναίκα μου που ο μισθός έτσι πληροφοριακά ήταν 280 χιλιάδες μηνιαίως. Τέλος πάντων τις κάναμε αυτές τις εξετάσεις, αποστάλθηκαν τα αίματά μας στην Αμερική για να μας βγάλουν την ταυτότητα αίματος όχι την ομάδα την ταυτότητα αίματος για να δει αν συμβαδίζει η μία ομάδα με την άλλη- τώρα τι σχέση είχε αυτό με τη μήτρα δεν μπορούσα να καταλάβω, αλλά ακολουθήσαμε και μετά θα κάναμε κάποια εμβόλια που κάναν τότε 300 300 χιλιάδικα το κάθε εμβόλιο και χωρίς απόδειξη μας είχε πει ότι θα πληρώναμε 150 χιλιάδες. Εε δεχτήκαμε

τώρα πάνω στην απελπισία τον πόνο μας δεχτήκαμε... ρε φίλε τι δουλειά είχε τώρα το μαντού με τη μήτρα, θα άνοιγε το εμβόλιο τη μήτρα; τέλος πάντων δεν δώσαμε σημασία δεν είχαμε και αποδείξεις για να του κάνουμε κάποια αγωγή για να διεκδικήσουμε πίσω τα χρήματα μας και έτσι το παρατήσαμε» (Γιάννης)

Στο συγκεκριμένο αφήγημα ο θυμός και η ένταση για την εκμετάλλευση του ψυχικού πόνου είναι εμφανείς. Μια συνεντευξιαζόμενη χαρακτηριστικά ανέφερε τη λέξη «εργοστάσιο» για να περιγράψει τις κλινικές. Αισθανόταν ότι δεν την βλέπουν σαν άνθρωπο, αλλά σαν αντικείμενο. Η Βασιλική μοιράστηκε μια τραυματική εμπειρία που βίωσε στα πλαίσια μιας επέμβασης.

«είχα και μια άσχημη εμπειρία μέσα σε όλα κάποια στιγμή υπήρξε σε ένα κέντρο περίπτωση που με βάλανε για να μου πάρουνε τα ωάρια χωρίς μέθη ζύπνια ο πόνος ήταν αφόρητος ήταν αφόρητος θυμάμαι ότι έσκουζα με κρατάγανε πόσα άτομα πόδια χέρια να μην κουνιέμαι έσκουζα και έκλαιγα ήταν αφόρητος ο πόνος αυτό δεν θα το ξεχάσω ποτέ. Στο συγκεκριμένο κέντρο ήταν τελείως εργοστάσιο εγώ έτσι ένιωσα εργοστάσιο ότι ήταν γιατί μας έβαζαν όλες τις κοπέλες στη σειρά σε ένα διάδρομο με ρόμπες και μπαίναμε μια μια μέσα πως κάνουν στα εργαστήρια που μπαίνει το μπουκαλάκι και πας να το γεμίσεις στο μηχάνημα εγώ κάπως έτσι ένιωσα. Ήταν πολύ ψυχρό, πολύ δεν ξέρω, ήταν η χειρότερη εμπειρία και σε αυτό το κέντρο δεν ξαναπήγα μετά από αυτό. Είχε χάσει την έννοια του ανθρώπινου. Ήταν καθαρά εργοστάσιο, κυριολεκτικά αυτή η λέξη νομίζω τα λέει όλα» (Βασιλική)

Από την άλλη υπήρχαν και αφηγήσεις που εξέφραζαν θαυμασμό για το γιατρό, αναδείκνυαν την ανθρώπινη πλευρά και θετική επίδραση αυτής στην αλληλεπίδραση.

«μας πρότεινε λοιπόν έναν γιατρό που είχε τις γνώσεις εδώ στην Πάτρα τον (όνομα) πολύ καλός γιατρός και επιστήμονας, πολύ καλός άνθρωπος. Για το λόγο τ' αληθές τον είδα πρόσφατα πριν 3 μήνες, χαιρετηθήκαμε και παραμένει αυτός που ήταν, να σου πει μια καλησπέρα μια καλημέρα με το χαμόγελο και πάντα με τον καλό το λόγο» (Γιαννής)

«Η ανθρωπιά του, η ανθρωπιά του και ότι μας άκουσε όλη την ιστορία μας άκουσε ότι ήμασταν ένα φτωχό ζευγάρι δεν είχαμε την άνεση για να κινηθούμε και όλες αυτές τις επισκέψεις που κάναμε και τα υπερηχογραφήματα και τα λοιπά δεν μας πήρε ούτε μια δραχμή».

(Γιάννης)

Δυσκολίες

Οικονομική Επιβάρυνση. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι το υπέρογκο κόστος των εξετάσεων και επεμβάσεων για την υπογονιμότητα προκαλεί επιβάρυνση.

«Δούλενα εγώ και ο μισθός μου κάθε μήνα έπρεπε να μένει στην άκρη ώστε να μαζέψουμε τα χρήματα τα οποία ήταν η εξωσωματική κόστισε 2 800 η κάθε φορά συν 1.000 ευρώ η κάθε εμβρυομεταφορά. Ωστόσο σε ανά κάποιες εξωσωματικές, ανά εξωσωματική χρειάστηκε να κάνω και μία μικροεπέμβαση, μια υστεροσκόπηση που λέγανε άλλα 1.000 ευρώ αυτά κάτι τα φάρμακα το οικονομικό ήταν λίγοοοοο βαρύ μας έπεσε και για αυτό και καθυστερήσαμε λίγο μέχρι να μαζέψουμε τα χρήματα να ξεκινήσουμε την πρώτη εξωσωματική όταν έπιασε η πρώτη εξωσωματική απέβαλα πολύ γρήγορα στις 25 μέρες μετά έπρεπε να ξανά μαζέψουμε χρήματα να προχωρήσουμε, πας σιγά-σιγά σε όλα αυτά αυτό ήταν μία δυσκολία που αντιμετωπίσαμε» (Σοφία)

«όποτε μπορούσαμε ξέρω εγώ πηγαίναμε διακοπές φτωχικές, βγαίναμε και μια βόλτα να πιούμε ένα καφέ καμιά φορά να φάμε και έξω εντάζει δυσκολίες υπήρχαν στο να πάρεις εεε να πας να πάρεις δυο ρούχα να πας να πάρεις ένα αυτοκίνητο αυτές ήταν οι δυσκολίες δεν σκεφτόμασταν ποτέ για σπίτι ήταν πανάκριβα δεν θα μπορούσαμε να πάρουμε ξέρω εγώ κάποια αγαθά να το πω έτσι που θα μας χαροποιούσαν ας πούμε μια τηλεόραση μεγάλη ένα στερεοφωνικό τότε ας πούμε τέτοια πράγματα ή μια κουζίνα ή ένα ψυγείο πχ ήταν δύσκολα να τα πάρουμε τότε. (Γιάννης)

Όχι μόνο υπάρχει δυσκολία να καλυφθεί το κόστος, αλλά η επένδυση των χρημάτων στη προσπάθεια για τεκνοποίηση προκαλεί επιβάρυνση σε άλλους τομείς της ζωής όπως διακοπές, καθημερινές ανέσεις ή και αναγκαιότητες, αγορές.

Αναδιοργάνωση Προγράμματος. Η υπογονιμότητα και η προσπάθεια για τεκνοποίηση αναγκάζουν το ζευγάρι και κυρίως τη γυναίκα σε μια σειρά συνεχών εξετάσεων, επισκέψεων, ελέγχων, επεμβάσεων και ιατρικών οδηγιών/κατευθύνσεων που χρειάζεται να τηρηθούν. Ως αποτέλεσμα, όλη η ζωή των ατόμων οργανώνεται γύρω από αυτό. Παρά την αναδιοργάνωση, προσαρμογή και ενέργεια που απαιτείται οι άνθρωποι δεν φάνηκε να στέκονται πολύ σε αυτό, αλλά να είναι εξοικειωμένοι. Βέβαια, αυτός ήταν ο τρόπος ζωής του για πολλά χρόνια. Είχε γίνει πια συνήθεια.

«Σε πρακτικό επίπεδο ήταν όταν έφτασε η ώρα να ξεκινήσουμε οι ενέσεις που έπρεπε να τις κάνω συγκεκριμένη ώρα πρώτα ξεκίνησα με μια ένεση που έπρεπε να γίνεται κάθε μέρα συγκεκριμένη ώρα εε αναγκαζόμουν τότε δούλευα σε σούπερ μάρκετ να την παίρνω μαζί μου με παγοκύστες να τη βάζω στο ψυγείο να ζητάω διάλειμμα που δεν μου το δίνανε να πηγαίνω να κάνω την ένεση οπότε έπρεπε να έχω το νου μου τι ώρα είναι να τους ζητήσω τουαλέτα να πάω να κάνω την ένεση ήταν έτσι οι κανόνες εκεί μέσα εεε σε καθημερινότητα αυτό ήταν εμένα η δυσκολία μου δεν ήταν κάτι άλλο» (Σοφία)

«στο τρίτο μήνα που της είπε ο γιατρός ότι πρέπει να μείνει σε ακινήσιες και τα λοιπά να πηγαίνει τουαλέτα μεν αλλά να μην κάνει δουλειές κτλ την ανέλαβε ο (όνομα) εδώ στην Πάτρα, ο οποίος την έβαλε στο κρεβάτι σε ακινησία για τους υπόλοιπους μήνες μέχρι να γεννήσει και αναγκαστήκαμε να έρθει στη μάνα της τον πατέρα της γιατί εγώ δούλευα και δεν θα μπορούσα ούτε ένα νερό να της προσφέρω και έμενε εκεί» (Γιάννης)

Σωματική και Ψυχική Καταπόνηση λόγω Διάρκειας και Τακτικότητας των Προσπαθειών. Η διάγνωση και η ιατρική παρέμβαση για την υπογονιμότητα αποτελούν από μόνες τους αρκετά στεσογόνες και εξαντλητικές καταστάσεις. Απαιτούν πολλές επισκέψεις,

κρατάνε χρόνια, δοκιμάζουν την υπομονή των ανθρώπων. Πολλές φορές οι άνθρωποι αναγκάζονται να κάνουν μακρινά ταξίδια προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένα κέντρα.

«ο καθένας από αυτούς μου έδινε και από ένα χαπάκι που έπρεπε να παίρνω για τρεις μήνες πάρτε το τρεις μήνες και θα μείνεις πάρε το τρεις μήνες και θα μείνεις έγκυος δεν γινότανε αυτό γιατί ήτανε αλλού το θέμα μας το βασικό στην ουσία» (Σοφία)

«γιατί έχω περάσει από άπειρους γυναικολόγους Πάτρα Αθήνα Θεσσαλονίκη τους έχω γυρίσει όλους» ((Βασιλική)

Η αναζήτηση του κατάλληλου γιατρού, οι παραπομπές από εδώ και από εκεί, η χρονοβόρα προσπάθεια φαίνεται να καθιστά την όλη εμπειρία ιδιαίτερα κουραστική και εξαντλητική.

«σε όλη τη διαδικασία αυτή η γυναίκα τα περνάει όλα γιατί ξεκινάει με το να κάνει υπέρηχο ανά δεύτερη μέρα εξετάσεις και ενέσεις κάθε μέρα ενέσεις στην κοιλιά τις ορμόνες και αυτό να το παρακολουθεί ανά δεύτερη μέρα με υπερήχους και εξετάσεις αίματος ανά δεύτερη μέρα...Μπαίνει σε μια τέτοια στρεσογόνα διαδικασία. Μπαίνεις σε αυτή τη διαδικασία για 10 12 μέρες μέχρι να δουν πόσα ωάρια έχεις κατεβάσει και να το παρακολουθούν πόσο μεγαλώνει μέχρι να φτάσουν σε ένα νούμερο 18 20 χιλιοστά που θεωρείται ότι είναι σχεδόν έτοιμα για να γονιμοποιηθούν επομένως το παρακολουθούν και περνάνε 10 12 μέρες αν κάνεις το μικρό κύκλο αν κάνεις το μεγάλο κύκλο θέλει μήνα γιατί έχω δοκιμάσει και τα δύο εκεί σου κάνουν άλλη μια ένεση για να ωριμάσουν τα ωάρια μετά μπαίνεις χειρουργείο με μέθη για να σου πάρουν τα ωάρια να κάνουν τη διαδικασία στο εργαστήριο και μετά από κάποιες μέρες σε ειδοποιούν αν έχεις γονιμοποιημένα και πόσα και ξαναμπαίνεις στο χειρουργείο για να στα βάλουν» (Σοφία)

«Να βρισκόταν ο γιατρός από την αρχή και να μην φτάναμε εκεί που φτάσαμε. Θα μπορούσε να είχαμε βρει αυτή τη λύση θα μπορούσε να υπήρχε κάποιο ίντερνετ όπως είναι το

σημερινό που τα βρίσκεις όλα ρωτάς για οτιδήποτε και στο βγάζει κατευθείαν και θα μπορούσαμε να είχαμε συμβουλευτεί πιο γρήγορα και δεν θα χαλάγαμε τόσα λεφτά» (Γιάννης)

Επίσης, η παρεμβατική φύση των ιατρικών επεμβάσεων επιβαρύνουν το σώμα και τον οργανισμό της γυναίκας.

«.. Ορμόνες, κορτιζόνες...τον εξαντλείς τον οργανισμό σου. τουλάχιστον στη γυναίκα που αν θα μίλαγα ότι ναι μεν κάνε τις προσπάθειες σου αλλά μην το εξαντλήσεις ούτε οικονομικά ούτε σωματικά μην εξαντληθείς δεν αξίζει γιατί αν είναι να έρθει θα έρθει μια-δυο Τρίτη φορά θα ρθει αν δεν έρθει υπάρχει κι άλλος τρόπος και τελικά μάνα δεν είναι αυτή που γεννάει αλλά είναι αυτή που μεγαλώνει αν το θες πραγματικά δηλαδή υπάρχουν τρόποι χωρίς να καταστραφείς». (Βασιλική)

Ανάγκες

Μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων αναδύθηκε η ανάγκη που είχαν για πληροφόρηση, να καταλάβουν τι γίνεται, τι ακριβώς τους συμβαίνει. Όλοι ανέφεραν συναντήσεις με πολλούς γιατρούς στην αναζήτηση μιας απάντησης και μιας λύσης.

«Εεεε ήταν πολύ ψυχοφθόρο, ήταν πολύ ψυχοφθόρο περισσότερο το κομμάτι των εξετάσεων γιατί ένιωθα ότι κάτι δεν μου λένε καλά, δεν με ικανοποιούσε αυτό που άκουγα. Αλλά πήγαινα στο γιατρό που μου συνέστησε η μαμά μου, στο γιατρό της φίλης μου, στο γιατρό στο γιατρό όποιος μου έλεγε πήγαινα και εγώ. Και αυτό με άγχωνε, με άγχωνε γιατί στην ουσία δεν με κάλυπτε όμως» (Σοφία)

«Νομίζω ότι πλέον μου λείπει μόνο το πτυχίο της ιατρικής έχω μάθει τα πάντα καταλαβαίνω τον υπέρηχο ας πούμε τον έβλεπα μόνη μου και καταλάβαινα τι βλέπει ο γιατρός γιατί έχω ένα κακό ελάττωμα ρωτάω οτιδήποτε μου συμβαίνει εξετάσεις τα πάντα ρωτάω τι είναι αυτό τι είναι εκείνο πάντα ρώταγα οπότε από ένα σημείο και μετά ήξερα πάρα πολλά συζητάγα με άλλες γυναίκες δεν είχαν ιδέα πράγματα που εγώ τα ήξερα» (Βασιλική)

Ο γιατρός αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πρόσωπα στον αγώνα αυτό. Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από ένα άνθρωπο, που πέρα από καλός επιστήμονας, θα είναι πάνω από όλα άνθρωπος. Χωρίς να αναιρείται η γνώση, η εμπειρία, η ικανότητα του γιατρού, οι άνθρωποι μιλούσαν περισσότερο για χαρακτηριστικά της ανθρώπινης σχέσης που χτίζεται μεταξύ τους. Αρχικά, είναι σημαντικό ο γιατρός να σε αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο ξεχωριστό και όχι σαν μια ακόμα περίπτωση. Περιμένουν από τον γιατρό να τους καθοδηγήσει, να τους εξηγήσει τι συμβαίνει. Σε αυτό, σημαντικό ρόλο παίζει η εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του και η πεποίθηση ότι ο γιατρός σου είναι καλός, γνωρίζει και έχει επιτυχημένα βοηθήσει άλλους ανθρώπους.

«Είχαμε ακούσει και από την τηλεόραση και από ανθρώπους που περιμέναμε έξω είχε επιτυχία πολύ μεγάλο ποσοστό 97% 98 η εγχείρηση του και εμπιστευτήκαμε δηλαδή και τον Λουξεμβούργο γιατρό, όχι ότι είναι πολύ καλύτεροι επιστήμονες αυτοί οι έξω από τους δικούς μας.. Απλά θα υπήρχαν δύο εγκέφαλοι πάνω σε μια εγχείρηση, δύο επιστήμονες πολύ καλοί πέρα από την ομάδα των 7 γιατρών από πίσω θα υπήρχαν δύο εγκέφαλοι που θα πραγματοποιούσαν αυτή την εγχείρηση εμένα αυτό με προσέγγισε να δώσω εμπιστοσύνη ας πούμε σε αυτό το θέμα» (Γιάννης)

Χρειάζονται ακόμα έναν γιατρό που θα τους ακούει, θα μπορεί να τους ηρεμεί και να τους δίνει ελπίδα.

«Καταρχήν μετά στην πορεία μας όταν ήταν πια να κάνω την πρώτη εξωσωματική είχα αγχωθεί πάρα πολύ και όταν πήγαινα στον γιατρό να με κοιτάζει όταν έκανα τις ενέσεις να με παρακολουθήσει έμπαινα μέσα και έτρεμα σαν το ψάρι και έβγαινα σαν φυτό έξω, από τις κουβέντες που έλεγε έβγαινες με μια ηρεμία έτοιμη να κάνω τα πάντα ό,τι μου είχε πει» (Σοφία)

«να σου δίνουν ελπίδα ότι θα πάνε καλά κάποιος έστω ο γιατρός έτσι δεν χρειάζεται να στο πουν οι κοντινοί σου άνθρωποι αυτός που είναι να κάνει αυτή τη δουλειά παίζει ρόλο και

τι πόσο εμπιστοσύνη του έχεις και πως είναι στα μάτια σου γιατί αυτός που είναι να κάνει αυτή τη δουλειά και να σου δώσει το τελικό αποτέλεσμα παίζει μεγάλο ρόλο» . (Νίκος)

Πηγές Δύναμης και Στήριξης

Σύντροφος

Όπως αναφέρθηκε βασικό στήριγμα ήταν ο/η σύντροφος. Είναι ο άνθρωπος με τον οποίο μοιράζεσαι το πρόβλημα, αλλά και που είναι παρών σε όλη τη διαδικασία. Μάλιστα, η στήριξη του συντρόφου είναι αναγκαία και απαραίτητη γιατί όπως ειπώθηκε:

« το στήριγμα μου ήταν ο άντρας μου όσο υποστήριξη σου λέω και αν είχαμε από τους γύρω μας τις οικογένειές μας πολλή υποστήριξη από τους φίλους μας βγαίναμε συνέχεια δεν κλειστήκαμε από αυτό το πράγμα. Αλλά εντάξει όσο να ναι μαζί το περνάγαμε υπήρχε άλλο δέσιμο άλλη κατανόηση μεταξύ μας» (Σοφία)

«το κύριο σε όλη αυτή την κατάσταση είναι το ζευγάρι. Γιατί αν δεν βρίσκει στήριξη ο ένας στον άλλον, όση στήριξη και να βρει στους δικούς του στους φίλους κι αυτά δεν γίνεται» (Νίκος)

Μια από τους συμμετέχοντες ανέφερε τα ταξίδια με τον σύντροφο ως διέξοδο και ευκαιρία για ανανέωση και ανασυγκρότηση.

«στην πολύ άσχημη φάση φτάναμε σε ένα που κουραζόμασταν και ψυχολογικά και οικονομικά και σωματικά και όλα ένα ταξίδι μας έκανε καλό πάντα δηλαδή προσπαθούσαμε να κάνουμε ένα ταξίδι και αμέσως άλλαζε και η διάθεσή μας και γυρνάγαμε και ξαναρχίζαμε» (Βασιλική)

Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι άνθρωποι δεν χρειάζονται και άλλες πηγές στήριξης, ώστε να αντλούν δύναμη σε τέτοιες δύσκολες και μακροχρόνιες καταστάσεις.

Κοινωνικός Περίγυρος

Αν και η υπογονιμότητα θεωρείται ένα αγκαθώδες ζήτημα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι συζητάνε και επικοινωνούν το πρόβλημα με άνεση στους γύρω τους. Η ανοιχτότητα επί του θέματος βοηθούσε στο να μην χρειάζεται να δίνουν εξηγήσεις κάθε φορά που ήταν πεσμένη η διάθεση ή υπήρχε κάποια εξωτερική ένδειξη στο σώμα λόγω των ιατρικών επεμβάσεων. Επίσης μέσα από το μοίρασμα εμπειριών με άτομα που είχαν κοινά βιώματα ένιωθαν ότι δεν είναι οι μόνοι. Ακόμα, συμβουλές, συμπαράσταση, διασκέδαση βοηθούσαν τα άτομα να αντλούν δύναμη.

«για εμένα είναι πολύ απλό μέσα στο μυαλό μου και δεν έχω νομίζω ότι είναι μεγάλη βλακεία να μην το κουβεντιάζεις εμένα με βοηθούσε το να το κουβεντιάζω και όλας. Δηλαδή ένιωθα ότι καταρχήν δεν κρύβω κάτι, δεν κρυβόμουνα γιατί είμαι πρησμένη τώρα, γιατί έχει πρηστεί η κοιλιά μου γιατί είμαι πεσμένη ψυχολογικά γιατί πολύ στενοί φίλοι το καταλαβαίνανε δεν ήμουν αναγκασμένη κάθε φορά να τους εξηγώ γιατί γιατί γιατί γιατί ξέρανε ότι έχουμε μπει σε αυτή τη διαδικασία είχα τις μεταπτώσεις μου και εγώ στα πάνω μου και στα κάτω μου οπότε δεν ένιωθα άσχημα δεν ένιωθα κάτι περίεργο ήταν πολύ φυσιολογικό για εμένα» (Σοφία)

«εμείς μιλάγαμε και πολύ το ξέρανε οι πάντες ότι πάμε σε μία τέτοια διαδικασία γιατί εγώ θεωρώ το να μιλάς για ένα τέτοιο πρόβλημα λύσεις μπορεί να σου δώσει και όχι προβλήματα έτσι γιατί θα το συζητήσεις θα ακούσεις θα ακούσεις ότι υπάρχουν και άλλα πολλά ζευγάρια με το ίδιο πρόβλημα θα ακούσεις ότι ξεπέρασαν ένα πρόβλημα που έχεις εσύ αυτή τη στιγμή το ξεπεράσαμε έτσι εγώ νομίζω ότι βοηθάει από το να κάτσεις και να μη μιλήσεις σε κανέναν να το κρύψεις να το κρατήσεις για τον εαυτό σου» (Νίκος)

«Ναι δεν είχα θέμα και ακόμα δεν έχω συζητούσα οι περισσότεροι ξέραν καταρχήν ότι προσπαθώ προσπαθούμε για παιδί μπορεί να μην ήξεραν λεπτομέρειες αλλά ήξεραν ότι το παλεύουμε δεν το έχουμε αφήσει στην τύχη τους» (Βασιλική)

Επίσης, επικοινωνώντας την εμπειρία τους υπήρξαν βοηθητικοί με το να προσφέρουν σε άλλους ανθρώπους με παρόμοιες δυσκολίες μια άλλη οπτική και να προτείνουν εναλλακτικές λύσεις και καθοδήγηση.

«Ακόμα και τώρα μετά την υιοθεσία, το λέω δεν έχω πρόβλημα δεν ντρέπομαι εγώ νιώθω πολύ περήφανη με αυτό έχουν βγει πολλοί άνθρωποι που ρωτάνε λεπτομέρειες για το πως κάναμε τη διαδικασία, που είδανε και αυτό τον τρόπο. Η αλήθεια είναι ότι στην Ελλάδα είναι ακόμα ταμπού και πολύς κόσμος ενώ το θέλει δεν το τολμά Εγώ χαίρομαι που το τόλμησα» (Βασιλική)

Υπήρξε και μια αναφορά σε αδιάκριτα σχόλια και ανάρμοστη συμπεριφορά από τον κοινωνικό περιβάλλον.

«υπάρχει και κόσμος που ήταν πολύ αγενής ρώταγε γιατί δεν έχετε ακόμα παιδί δεν μπορείτε ε; δηλαδή διακριτικότητα μηδέν. Είναι αγένεια, είναι στα πλαίσια της αγένειας. Αλλά υπήρχαν πολλοί τέτοιοι» (Βασιλική)

Οι γονείς αναφέρονται από όλους τους συμμετέχοντες ως πρόσωπα στήριξης. Περισσότερο, βέβαια, επισημαίνεται η οικονομική τους συμβολή στη διαδικασία. Από την άλλη βέβαια, ορισμένες φορές μπορεί να είναι πηγή επιπρόσθετου άγχους και πίεσης.

«οικονομικά βοήθησαν οι γονείς σε κάποια φάση που τελείωσαν τα χρήματα είχαμε και βοήθεια και από τις δύο πλευρές και από τους δύο γονείς οικονομική ψυχολογική δεν θα το έλεγα περισσότερα αγχωτικοί ήτανε παρά υποστηρικτικοί . Υπήρξαν προσπάθειες που κάναμε φορές που δεν το είπαμε καθόλου για αυτό το λόγο για να μην μας αγχώνουν» (Βασιλική)

«Ήταν πολλά τα χρήματα που έρεπε να καλύψουμε. Εντάξει είχαμε και βοήθειες χωρίς ντροπή χωρίς κάποιο άλλο συναίσθημα υπήρχαν και βοήθειες από τη μάνα μου από τον πεθερό μου εντάξει όλο και μας βοηθάγανε να τα φέρουμε πέρα» (Γιάννης)

Ατομικά Χαρακτηριστικά

Η εστίαση στη λύση, η απουσία μεμψιμοιρίας, η αποφασιστικότητα και η θετική στάση ήταν γνωστικές διεργασίες, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δυνάμεις που συνέβαλαν ευεργετικά στη διαχείριση του προβλήματος. Ενδεικτικά αναφέρονται:

«εγώ και από τη μεριά μου είμαι και άνθρωπος που όταν θα υπάρξει ένα σημαντικό πρόβλημα κοιτάω τη λύση δεν κοιτάω το γιατί το πως και αυτά κοιτάμε τη λύση κοιτάμε μπροστά» (Νίκος)

«από τη στιγμή που είπαμε ξεκινάμε να το κάνουμε ήμασταν πολύ αποφασισμένοι και πλήρως συνειδητοποιημένοι το τι πάμε να κάνουμε αν και δεν ξέραμε ξέρεις ακριβώς πώς θα βγει εεε» (Σοφία)

«Αυτό κυρίως η αποφασιστικότητα είναι που σε βοηθάει γιατί δεν μπορείς να κοιτάξεις πίσω και να πεις κρίμα γιατί δεν πετύχαμε και τώρα τι θα κάνουμε, δεν μπορείς να κάνεις κάτι έτσι δεν θα έχεις αποτέλεσμα οπότε μόνο την επόμενη φορά κοιτάς» (Νίκος)

Επίσης, αναφέρθηκε και η πίστη.

«Αλλά όλα καλά δοξάσει το θεό η πίστη εγώ πιστεύω στο θεό έδωσε τα αποτελέσματα...» (Γιάννης)

Γιατρός

Η εμπιστοσύνη στο γιατρό και η ύπαρξη μιας ουσιαστικής σχέσης με τον γιατρό αποτελεί βασικό στήριγμα. Ο γιατρός με τις γνώσεις και την εμπειρία του είναι αυτός που θα σου φωτίσει την κατάσταση, θα σε καθοδηγήσει, θα σε ηρεμήσει. και να σου δώσει ελπίδα για να συνεχίσεις τον αγώνα.

«σε κάποιες καταστάσεις να μην πηγαίνουν καλά τα πράγματα εε σε κυρίευε το άγχος, ήταν φορές που δεν μπορούσες να το κοντρολάρεις αλλά το ξεπερνούσες μετά πάλι είχες τους γιατρούς δεν έγινε τίποτα προσπαθούμε και αυτά προσπαθούσες πάλι να ακούσεις περιπτώσεις

να μάθεις και τα λοιπά και κάπως έτσι ξαναερχόσουν στο αρχικό σημείο να πεις
ξανασυνεχίσουμε προχωράμε και προσπαθούμε» (Νίκος)

«έχεις και εμπιστοσύνη στο γιατρό, έχεις και ανάγκη να έχεις εμπιστοσύνη εεεε σε
βοηθάει αυτός σε πρώτο κομμάτι και μετά σε βοηθάει και ο περίγυρος» (Νίκος)

Συναισθήματα

Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν και τόνισαν το άγχος που συνοδεύει την όλη προσπάθεια. Όσα χρόνια και αν περάσουν, όσες προσπάθειες και αν έχουν κάνει το άγχος παραμένει έντονο, γιατί η επιθυμία να έρθει το παιδί είναι σφοδρή ακόμα και όταν κάποιος έχει ήδη γίνει γονιός μια φορά.

«αφότου γέννησε η Σοφία το πρώτο μας παιδί, μετά έλεγα μέσα στο μυαλό μου, αν θα πάμε για το δεύτερο μετά θα είμαι χαλαρός σε μια καρέκλα δεν τρέχει τίποτα και θα περιμένα τα αποτελέσματα. Μόνο έτσι δεν ήταν πάλι δηλαδή. Απλά δεν ήταν όπως η πρώτη φορά που περιμέναμε να περάσει η ώρα να μας πουν τα αποτελέσματα και τρέμαμε δηλαδή από το άγχος τρέμαμε και δεν μπορούσαμε να ηρεμήσουμε αυτό» (Νίκος)

Τονίστηκε πως είναι αδύνατον σε μια τέτοια κατάσταση να μην υπάρχει άγχος.

«ο γιατρός το πρώτο που σου λέει σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μην έχετε άγχος γιατί παίζει μεγάλο ρόλο σε αυτό το πράγμα και τα λοιπά. εε δεν γίνεται είναι στον άνθρωπο τώρα, αν μπορείς να πας σε μια τέτοια κατάσταση σε μιααα να πας να κάνεις μια εξωσωματική και να μην έχει καθόλου άγχος πιστεύω είσαι ευτυχισμένος άνθρωπος γενικότερα δεν σε αγγίζει τίποτα, άγχος υπάρχει και ειδικά την ώρα που φτάνεις προς το αποτέλεσμα να δεις αν έχεις πετύχει κάτι και έχεις μια εγκυμοσύνη εκεί εεεε είναι πολύ μεγαλύτερο» (Νίκος)

Για τους συμμετέχοντες το συναίσθημα του άγχους περιστρεφόταν γύρω από το αποτέλεσμα. Πίσω από αυτό βρίσκεται η αγωνία για το αν εν τέλει η προσπάθεια τους θα έχει θετική έκβαση και θα εκπληρωθεί η επιθυμία τους, καθώς επίσης και ο φόβος τους για μια ακόμα αποτυχία που σημαίνει λιγότερες πιθανότητες να πετύχουν το στόχο τους -έναν

στόχος ζωής- το να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο. Τα δύσκολα συναισθήματα γίνονταν όλο και πιο έντονα με κάθε αποτυχημένη προσπάθεια, καθώς μια ακόμα αποτυχία τους γκρέμιζε την ελπίδα.

«η μεγαλύτερη δυσκολία γενικώς δυσκολία ήταν πάντα όταν έβγαινε αρνητικό το αποτέλεσμα όταν μετά την προσπάθεια που σε κρατάνε 10 14 μέρες και σε κάνουν πρέπει να κάνεις μια εξέταση αίματος για να δεις αν είσαι έγκυος εκείνη τη φάση όταν μάθαινες ότι είναι αρνητικό νομίζω ότι ήταν η χειρότερη φάση σε όλα γιατί εκεί έβλεπες ότι δεν έγινε τίποτα πάλι ένιωθες να γκρεμίζονται όλα και εκεί έπρεπε να τα ξανά μαζέψεις για να ξεκινήσεις από την αρχή» (Βασιλική)

«υπάρχει άγχος εεεε και ειδικά την ώρα που φτάνεις προς το αποτέλεσμα να δεις αν έχεις πετύχει κάτι και έχεις μια εγκυμοσύνη εκεί εεεε είναι πολύ μεγαλύτερο» (Νίκος)

«κατευθείαν το μυαλό σου πάει στο άγχος, άγχος του αποτελέσματος είναι στο τέλος. Αν μου έλεγε κάποιος ότι η εξωσωματική είναι κάτι το οποίο σου δίνει 100% εγκυμοσύνη ένα παιδί δεν θα υπήρχε κανένα άγχος θα έλεγες πάω την κάνω και τελείωσε απλά με τον όρο εξωσωματική ξέρεις ότι υπάρχουν πιθανότητες να πέτυχει να μην πέτυχει να ξανακάνεις να μην ξαναπετύχει και να μπει σε έναν φαύλο κύκλο μετά που είναι θέμα που θα σταματήσει και σε τι κατάσταση θα σας βρει σαν ζευγάρι» (Νίκος)

Στο απόσπασμα αυτό αναδύεται και το άγχος σχετικά με την απόφαση για τον τερματισμό των προσπαθειών. Το πότε και που θέτεις το τέλος είναι ένα δίλημμα που δημιουργεί άγχος. Και αν την επόμενη φορά πετύχαιναν αυτό που τόσο πολύ επιθυμούσαν; Όμως, η δύναμη, η ενέργεια, οι πόροι εξαντλούνται, το σώμα ταλαιπωρείται και η υγεία απειλείται.

«Λοιπόν που απέβαλα μου έπεσε πάρα πολύ βαρύ, στεναχωρήθηκα πάρα πολύ έκλαιγα, αλλά κάθε φορά που επέβαλα νομίζω ότι ήταν το ίδιο το πέρναγα το ίδιο κάθε φορά ίσως ήταν και λίγο πιο βαρύ γιατί είχαμε βάλει με τον άντρα μου ένα όριο στο πόσες εξωσωματικές θα

κάνουμε γιατί φοβόταν πολύ τα φάρμακα φοβόταν για τα φάρμακα πάνω σε μένα εννοώ. Και μου είχε το πολύ μέχρι τρεις προσπάθειες, δεν κάνουμε παραπάνω. Αν θέλει να έρθει ένα παιδάκι αν όχι τέλος το βγάζουμε από το μυαλό μας αυτό το πράγμα δεν θα πεθάνουμε και όλες είμαστε οι δύο μας τουλάχιστον. Και εγώ στο δικό μου το μυαλό το είχα βάλει όρια. Δεν πέτυχε αυτή στεναχώρια δεν πέτυχε η άλλη πιο πολύ στεναχώρια» (Σοφία)

«Εγώ τώρα δηλαδή που το βλέπω μετά από τόσα χρόνια το πάλεψα πάρα πολύ και ίσως δεν έπρεπε τόσο πολύ απλά κάθε φορά προσπαθούσες και ήλπιζες έμπαινες σε αυτό το τρυπάκι ότι θα είναι τελευταία η τελευταία θα είναι τυχερή και άντε και αντε και άντε και εκεί χάνεις λίγο το μέτρο δεν άκουγα βέβαια και κανέναν να μαι ειλικρινής. Ίσως ήταν από την αρχή γραφτό να γίνει κάτι άλλο και εγώ απλά πίεζα μία κατάσταση που δεν έπρεπε δεν ήταν να γίνει» (Βασιλική)

Ορισμένοι συμμετέχοντες επισήμαναν πως ένιωθαν αδύναμοι να ελέγξουν το άγχος και την αίσθηση αυτό να τους κυριεύει.

«Από ένα σημείο και μετά θεωρώ ότι έπαιξε ρόλο και το άγχος δηλαδή από ένα σημείο και μετά που δεν ερχόταν με τίποτα ήταν γιατί εγώ είχα αγχωθεί τρελά αλλά δεν μπορείς να το διαχειριστείς δεν γίνεται να το διαχειριστείς αυτό με τίποτα βγαίνει χωρίς να το καταλάβεις αυτό το άγχος. Δεν διαχειρίζεται αν φτάσεις σε αυτό το σημείο δεν διαχειρίζεται» (Βασιλική)

Στο παραπάνω απόσπασμα, το άγχος αναγνωρίζεται μάλιστα και ως εμπόδιο στην πετυχημένη προσπάθεια, ως παράγοντας που εντείνει την υπογονιμότητα.

Άλλα συναισθήματα που εντοπίστηκαν ήταν η απελπισία, η στεναχώρια, η αίσθηση αδικίας, ο θυμός, η αίσθηση απώλειας εαυτού. Αναφέρθηκε και η κατάθλιψη.

«Κάποια στιγμή είχαμε απελπιστεί να το πούμε έτσι αλλά είχαμε πάρει και κάποιες αποφάσεις. Θα ζήσουμε μαζί χωρίς να έχουμε παιδί δεν υπάρχει πρόβλημα» (Γιάννης)

«εντάζει όση αποφασιστικότητα και αν σου ακούγεται όλο αυτό και γενναιότητα και δύναμη εε υπήρχαν και στιγμές που λύγιζες εννοείται αυτό απλά φρόντιζα φροντίζαμε μάλλον φροντίζαμε να είναι για λίγο να μην μας παίρνει πολύ από κάτω» (Σοφία)

«Στεναχώρια πολλή, πέρασα και μία εποχή κατάθλιψης όπου χρειάστηκα και ιατρική βοήθεια. Δεν μπορούσα να καταπιώ το γεγονός ότι εγώ δεν θα γίνω μητέρα, ενώ το ήθελα πάρα πολύ και κάποιες άλλες που δεν το θέλουν τους έρχεται εύκολα Αυτό με ενοχλούσε απίστευτα» (Βασιλική)

«Χάνεις τον εαυτό σου. Τον παραμελείς, πήρα και κιλά» (Βασιλική)

«Τα συναισθήματα ήταν εε όχι και τα καλύτερα ας πούμε μπορώ να πω ότι ήταν λίγο μελαγχολικά λίγο στενάχωρα εντάζει οι σκέψεις μου ήταν ήμουν νέος είχα δύναμη δεν είχα την πείρα τη μόρφωση που έχω τώρα την κοινωνική μόρφωση και την πείρα για να καταλάβω ακριβώς τα συναισθήματα τότε» (Γιάννης)

Επιπλέον, αναφέρθηκε και το αρχικό σοκ ως αντίδραση όταν γνωστοποιείται το πρόβλημα.

«Ξαφνιάστηκα όταν μου το είπε ο γιατρός στεναχωρήθηκα έκλαψα πέρασα από διάφορα στάδια αλλά εντάζει δεν είναι κάτι τρομερό τελικά. Είναι λίγο ψυχοφθόρο έτσι αλλά κάτι άλλο δεν είναι» (Σοφία)

«την ώρα που έλαβα τη διάγνωση εε αυτό ναι βουνό (αμήχανο γέλιο) εεε μαύρο για λίγα δευτερόλεπτα και μετά ξαναπαίρνεις μπροστά και αρχίζεις να το παλεύεις» (Νίκος)

Τέλος, στα συναισθήματα εντοπίστηκε και η αυτοκατηγορία/ενοχή. Είναι ενδιαφέρον ότι και στις δύο περιπτώσεις η αιτία δεν είχε εντοπιστεί στη γυναίκα. Στην πρώτη περίπτωση, όπου η διάγνωση αφορούσε ανδρικό παράγοντα η γυναίκα αισθάνθηκε ενοχή καθώς η ίδια είχε σύνδρομο πολυκυστηκών ωοθηκών και τα πρώτα χρόνια οι έλεγχοι εστίαζαν γύρω από αυτήν.

«το έριχνα λίγο πάνω μου ότι ακόμα και τον μάθαμε ότι υπήρχε το θέμα του Νίκου θεώρησα ότι καθυστέρησα εγώ ότι εγώ θα έπρεπε να τον είχα κατευθύνει» (Σοφία)

Στη δεύτερη περίπτωση, όπου η υπογονιμότητα ήταν ανεξήγητη, η γυναίκα ένιωθε ενοχές ότι μπορεί να καταστρέφει τη ζωή του άντρα της όπως χαρακτηριστικά ανέφερε γιατί αν ήταν με άλλη γυναίκα πιθανόν να μπορούσε να αποκτήσει βιολογικό παιδί.

«Ένιωθα μήπως αν αυτός βρει μια άλλη γυναίκα αποκτήσει τελικά παιδί ενώ με εμένα δεν μπορεί και Μήπως του κόβω την τύχη, του χαλάω τη ζωή. Ότι άμα ήταν με άλλη γυναίκα μπορεί να ήταν διαφορετικά...» (Βασιλική)

Νοηματοδότηση

Συνειδητοποίηση Δυνάμεων

Η υπογονιμότητα, αν και μια ιδιαίτερα ψυχοπιεστική συνθήκη και προφανώς ανεπιθύμητη, δύναται να συμβάλει στην ωρίμανση και ανάπτυξη. Δεδομένων των δυσκολιών που καλείται κανείς να αντιμετωπίζει ανακαλύπτει νέες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, ωριμάζει, και καταλαβαίνει πόση δύναμη έχει μέσα του. Αναθεωρεί και επαναπροσδιορίζει τι συνιστά δυσκολία.

«καταλαβαίνεις λίγο τις δυνάμεις σου παραπάνω μέχρι που αντέχεις γιατί νομίζεις δεν αντέχεις είναι πολύ ψυχοφθόρο πολύ επώδυνο εεε σου λέω και πάλι στο μυαλό μου δεν είναι έτσι δεν είναι τόσο πια ψυχοφθόρο δηλαδή άμα είσαι συνειδητοποιημένος τι θέλεις να κάνεις και πως το θέλεις προχωράς» (Σοφία)

«κάποια πράγματα που τα έβλεπα δύσκολα πριν που είναι ένα τίποτα μπροστά σε αυτά και βλέπεις τις πραγματικές δυσκολίες που μπορεί να σου τύχουν στη ζωή και βλέπεις αυτά που έβλεπες δύσκολα μέχρι πριν λίγο καιρό να είναι ασήμαντα έτσι. Εεε αυτό αλλάζει στο μυαλό μας δηλαδή ότι μπορεί να μην τα έχεις όλα εύκολα και να τύχουν δυσκολίες μετά από όλα αυτά

εγώ καμιά φορά που σκέφτομαι πως είμαστε εδώ οι δύο μας με τα παιδιά αλλά οι δυο μας κυρίως νιώθω και λίγο χαρούμενος του τύπου ότι σου τυχαίνουν κάποια πράγματα και βλέπεις πραγματικά τι είσαστε πόσο δυνατοί είσαστε πόσο δεμένοι είναι κριτήριο δηλαδή. Από τη στιγμή που μας έτυχε όχι ότι θα χαρώ αν το ακούσω για ένα ζευγάρι ααα τι ωραία θα καταλάβουν τώρα τι δύναμη έχουν μέσα τους και λοιπά αλλά αυτό πήζει λίγο το μυαλό σου δηλαδή που λέμε» (Νίκος)

*«Όλο αυτό σε ωριμάζει. Δεν πιστεύεις ποτέ ότι μπορεί να έχεις τόση δύναμη και πίστη»
(Βασιλική)*

Η Δυσκολία ως Πρόκληση

«Κανένα πρόβλημα ήμουν πολύ αποφασισμένη και το έβλεπα δεν το έβλεπα σαν αρρώστια σαν κάτι το έβλεπα σαν προσπάθεια που κάτι πρέπει να γίνει, για να γίνει αυτό πρέπει να προσπαθήσουμε αυτό το πράγμα...τι να σου πω δεν μου έχει μείνει κάτι αρνητικό και αν χρειαζόταν ήμωνα πιο μικρή θα το ξανάκανα θα πήγαινα για τρίτο παιδάκι αν ήμωνα πιο μικρή αλλά τώρα δεν θέλω λόγω ότι είμαι ήδη 35 δεν μου έχει μείνει κάτι άσχημο ούτε έχω να πω κάτι άσχημο για την όλη κατάσταση που περάσαμε» (Σοφία)

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η εμπειρία της υπογονιμότητας. Με άλλα λόγια, έγινε προσπάθεια μέσα από το λόγο των ίδιων των ατόμων να αναδυθούν πτυχές τους βιώματος που έχουν σημασία για τους ίδιους. Η έρευνα αποσκοπούσε να κατανοήσει και να περιγράψει πως είναι για τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν μια τέτοια συνθήκη, πως αντιλαμβάνονται και τι συναισθήματα προκαλεί η δυσκολία τεκνοποίησης, τι είναι αυτό που τους δίνει δύναμη, πως διαχειρίζονται τις προκλήσεις, πως νοηματοδοτείται η εμπειρία. Καθόλη την ερευνητική διαδικασία βασικό μέλημα της ερευνήτριας ήταν να ακουστεί η φωνή και ο λόγος των συμμετεχόντων. Δίνοντας χώρο και ελευθερία στους συμμετέχοντες να αναδείξουν όσες πτυχές της εμπειρίας έχουν σημασία για τους ίδιους προέκυψαν οι εξής κεντρικοί άξονες:

Συντροφική Σχέση

Τα προβλήματα γονιμότητας και οι δυσκολίες πετυχημένης εγκυμοσύνης συμβαίνουν στα πλαίσια της σχέσης. Είναι ένα βίωμα που μοιράζεται το ζευγάρι. Συνεπώς, όπως προέκυψε από την ανάλυση δεδομένων στην παρούσα έρευνα, η ποιότητα της σχέσης παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανθεκτικότητα του ζευγαριού εν όψει αυτής της δυσκολίας. Όμως, όταν υπάρχει αγάπη και ενδιαφέρον για το άλλο άτομο, όταν είναι κανείς συνειδητοποιημένος για την επιλογή του συντρόφου ως συνοδοιπόρου στο ταξίδι της ζωής, όταν υπάρχει γερή βάση στη σχέση, η δυσκολία μπορεί να λειτουργήσει ως αφορμή το ζευγάρι να ενώσει από κοινού τις δυνάμεις και τους πόρους του, να ενισχύσει τη σύνδεση του, ώστε μαζί να ανταπεξέλθουν και να διαχειριστούν μια τέτοια ψυχοπαιστική συνθήκη και τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στη σχέση. Άλλωστε, για την πλειοψηφία ο/η σύντροφος υπήρξε η κυριότερη πηγή στήριξης και δύναμης, αφού το κοινό βίωμα συνέβαλε στην κατανόηση, συμπαράσταση και αλληλοϋποστήριξη. Συνοπτικά, η συντροφική σχέση αποτελεί ισχυρή πηγή στήριξης, ανανέωσης και δέσμευσης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι έρευνες που μελετούν την ικανοποίηση από τη σχέση σε υπογόνιμα ζευγάρια υποστηρίζουν αντιφατικά αποτελέσματα (Tao et al., 2012). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε συμφωνία με τους Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin (2005), οι οποίοι υποστηρίζουν πως η υπογονιμότητα μπορεί να δυναμώσει τη σχέση εάν οι σύντροφοι ενωθούν για να αντιμετωπίσουν από κοινού το πρόβλημα. Επίσης, η ισχυρή συζυγική σχέση συμβάλλει στην ανθεκτικότητα του ζευγαριού και το βοηθά να αντέξει και να διαχειριστεί τις οργανικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της θεραπείας (Ying et al., 2015). Ενδιαφέρουσα είναι η έρευνα των Sydsjö, Wadsby, Kjellberg και Sydsjö (2002), η οποία απέδειξε πως η συντροφική ικανοποίηση παρέμεινε σταθερά υψηλότερη για τα ζευγάρια που τεκνοποίησαν μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά παρατηρήθηκαν πτώσεις για τα ζευγάρια που η εγκυμοσύνη προέκυψε ελεύθερα ή τυχαία. Σύμφωνα με τους Phillips, Elander και Montague (2014), τα ζευγάρια με προβλήματα γονιμότητας αναγνωρίζουν πόσο σημαντική είναι η προστασία της συντροφικής σχέσης στην προσπάθεια για απόκτηση παιδιού και είναι απρόθυμοι να τη θυσιάσουν, γιατί σε περίπτωση τεκνοποίησης το παιδί θα υποστεί τις συνέπειες ενός άσχημου γάμου. Στην παρούσα έρευνα, ήταν σαφές στο λόγο των συμμετεχόντων ότι έχουν ο ένας τον άλλον, τη σχέση τους και αυτό έχει σημασία ακόμα και αν δεν έρθει το βιολογικό παιδί που τόσο επιθυμούν.

Ιατρικό Σκέλος

Ένα σημαντικό κεφάλαιο στην εμπειρία της υπογονιμότητας είναι το ιατρικό σκέλος. Η επαφή και σχέση με τους γιατρούς και τις κλινικές αποτέλεσε βασικό σημείο αναφοράς στις αφηγήσεις των ανθρώπων. Στην παρούσα έρευνα, οι πιο αρνητικές και επίπονες αναμνήσεις συνδέθηκαν με την επαφή με τους ιατρούς. Συγκεκριμένα, με έντονο συναίσθημα ορισμένοι συμμετέχοντες μίλησαν για το αίσθημα εκμετάλλευσης του πόνου και της απελπισίας τους. Από την άλλη, οι γιατροί αποτελούν και σημαντικά πρόσωπα αναφοράς

σε όλη αυτή την εμπειρία. Η ανθρώπινη πλευρά των γιατρών, η «ζεστασιά» στην επικοινωνία τους, η στήριξη και ο θαυμασμός για το πρόσωπο τους ήταν καθοριστικής σημασίας παράγοντες και σχεδόν συγκινητικά σημεία αναφοράς στην αφήγηση των ανθρώπων.

Οι Hodson και Bewley (2019) σε μια ποιοτική συστηματική ανασκόπηση ανέδειξαν ένα εύρος κατηγοριών κακοποίησης στο χώρο των ιατρικά υποβοηθούμενων αναπαραγωγικών τεχνολογιών και επισήμαναν το κενό που εντοπίζεται στην επίσημη βιβλιογραφία. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι αν και η βιβλιογραφία για την υπογονιμότητα είναι εκτενέστατη και προφανώς δεν μπόρεσε να καλυφθεί η ανάγνωση της στα πλαίσια διπλωματικής μεταπτυχιακού επιπέδου, κατά την ανασκόπηση μέρος αυτής για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας δεν εντοπίστηκε σε κάποιο σημείο η εμπειρία της εκμετάλλευσης. Η ερευνήτρια αντιμετώπισε προς έκπληξή της για πρώτη φορά τη συγκεκριμένη θεματική στις αφηγήσεις των συνεντευξιζόμενων. Η βιοηθική στην υπογονιμότητα μπορεί να αποτελέσει ένα ξεχωριστό αντικείμενο μελέτης.

Όσον αφορά τις δυσκολίες, οι συμμετέχοντες σημείωσαν κυρίως το υψηλό κόστος των θεραπειών, την αναδιοργάνωση του προγράμματος τους και της καθημερινότητας τους λόγω των τακτικών επισκέψεων και συνέπειας που απαιτούν οι ιατρικές οδηγίες, και τέλος την καταπόνηση- σωματική και συναισθηματική- λόγω διάρκειας και τακτικότητας των προσπαθειών. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε πλήρη αντιστοιχία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ο Hassani (2010) κατέγραψε ορισμένους παράγοντες που προκαλούν επιβάρυνση όπως το υψηλό κόστος των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τα συνεχή ραντεβού με τον γιατρό, οι συνεχείς παραπομπές, τα μακρινά ταξίδια που απαιτούνται πολλές φορές για επίσκεψη σε συγκεκριμένους γιατρούς, η διεξαγωγή δαπανηρών ελέγχων, η απώλεια πολύτιμου χρόνου, το μίσθωμα προσωπικών πληροφοριών σε κάθε καινούριο γιατρό, η καθιέρωση από το γιατρό συγκεκριμένου

προγράμματος για τη σεξουαλική επαφή, η απουσία από την εργασία λόγω θεραπείας και αποθεραπείας. Η ίδια η φύση της θεραπείας για την υπογονιμότητα αποτελεί ένα ισχυρό παράγοντα επιβάρυνσης για τη ψυχική υγεία. Μάλιστα, αποτελεί έναν από τους κύριους λόγους διακοπής της θεραπείας σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση των Gameiro et al. (2012).

Οι έρευνες για τις ανάγκες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας έχουν επανειλημμένα αναδείξει τη σημασία υιοθέτησης μιας προσέγγισης εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα. Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα περιγράφει την παροχή υπηρεσιών φροντίδας που ανταποκρίνονται και σέβονται τις προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες των ατόμων (van Empel, Nelen, Hermens & Kremer, 2008). Σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη ψυχική υγεία και ευεξία (Aarts et al., 2012· Gameiro, Canavarro & Boivin, 2013). Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα περιλαμβάνει 10 διαστάσεις που αφορούν το σύστημα και τους ανθρώπινους παράγοντες : πληροφόρηση, επάρκεια, συντονισμός, προσβασιμότητα, συνέχεια, άνεση, στάση του προσωπικού, σχέσεις με το προσωπικό, επικοινωνία, ιδιωτικότητα και στήριξη (Dancet et al., 2011). Σύμφωνα με τους Zargham-Boroujeni και Jafarzadeh-Kenarsari (2014) αναδύθηκαν πέντε κύριες ανάγκες: 1. Δυνατότητα επιλογής γιατρού και θεραπείας και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, 2. Καλή συμπεριφορά και σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού, 3. Ενσυναίσθηση, στήριξη, ικανοποίηση, εμπιστοσύνη, 4. Ενημέρωση και πληροφόρηση, 5. Οικονομική στήριξη και διευκόλυνση. Βασικοί κεντρικοί άξονες είναι η ενδυνάμωση και η αίσθηση επάρκειας.

Στην παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες τόνισαν κυρίως την ανάγκη να είναι δέκτες μιας καλής συμπεριφοράς που εμπνέει ικανοποίηση, ανθρωπιά, σεβασμό, ενσυναίσθηση, στήριξη, καθοδήγηση και επαρκής πληροφόρηση, επιβεβαιώνοντας για ακόμη μια φορά την ανάγκη να προσανατολίζεται η φροντίδα στον ασθενή.

Πηγές Δύναμης και Στήριξης

Οι πηγές δύναμης και στήριξης για τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ήταν ο σύντροφος, ο κοινωνικός περίγυρος, πιο συγκεκριμένα οι γονείς, ατομικά χαρακτηριστικά και ο γιατρός. Ο σύντροφος αποτελεί αναγκαία και απαραίτητη πηγή. Είναι ο άνθρωπος που μοιράζεται κανείς την εμπειρία και για αυτό μπορεί να κατανοήσει καλύτερα την κατάσταση. Όμως, αν και αποτελεί πολύ σημαντικό στήριγμα δεν αρκεί μόνο αυτό. Στην παρούσα έρευνα, οι άνθρωποι ήταν πολύ ανοιχτοί να μιλήσουν για την εμπειρία τους σε τρίτους. Μάλιστα, για τους περισσότερους αυτό αποτέλεσε βασικό παράγοντα ανακούφισης, αφού έτσι εισέπρατταν στήριξη, καθώς επίσης μιλώντας για το πρόβλημα υπήρξαν και άλλοι άνθρωποι με κοινή εμπειρία με τους οποίους είχαν τη δυνατότητα να μοιράζονται βιώματα και να μην αισθάνονται μόνοι σε αυτό τον αγώνα. Οι γονείς είναι ακόμα μια πηγή στήριξης. Κάποιες φορές πιθανόν να προκαλούν επιπλέον άγχος με τις προσδοκίες τους, ωστόσο η οικονομική τους συνεισφορά σε μια τόσο κοστοβόρα διαδικασία είναι σημαντική βοήθεια.

Η κοινωνική στήριξη συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή σε έντονα στρεσογόνα γεγονότα. Έρευνες έχουν αποδείξει πως υψηλή γενική κοινωνική στήριξη συνδέεται με μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, και ειδικού άγχους σχετιζόμενου με την υπογονιμότητα σε άντρες και γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας (Lechner, Bolman & van Dalen, 2007· Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimarães & Costa, 2013· Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005). Όπως και στην παρούσα έρευνα, η βιβλιογραφία τονίζει τη σημασία που έχει η αντιλαμβανόμενη στήριξη από τον/την σύντροφο (Lund, Sejbaek, Christensen & Schmidt 2009· Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). Στην έρευνα των Martins et al. (2013), όπου μελετήθηκε η επίδραση της αντιλαμβανόμενης στήριξης από φίλους, οικογένεια και σύντροφο στην προσαρμογή και αντιμετώπιση του άγχους σχετιζόμενου με την υπογονιμότητα του ίδιου του ατόμου και του συντρόφου βρέθηκε ότι η συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενης στήριξης από

τον σύντροφο και άγχους ήταν ισχυρότερη και για γυναίκες και για άντρες, ενώ ήταν η μόνη στατιστικά σημαντική για τους άντρες. Άλλωστε, η συζυγική σχέση αποτελεί από τις βασικές πηγές στήριξης σε ψυχοπιεστικές συνθήκες (Gleason, Iida, Shrout & Bolger, 2008· Walen & Lachman, 2000).

Επίσης, η στήριξη από διαφορετικές πηγές εκτός σχέσης έχει προστατευτική επίδραση στο γάμο (Patterson, 2002). Σε μια έρευνα των Martins et al. 2013, η στήριξη από συγγενείς, φίλους, συνεργάτες συνέβαλε ευεργετικά στο άγχος σχετιζόμενο με την υπογονιμότητα μέσα στο γάμο. Η συμβολή της οικογένειας αναδείχθηκε και σε άλλες έρευνες (Gibson & Myers, 2002· Mahajan et al., 2009. Martins et al., 2011).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την επιπρόσθετη πίεση και δυσφορία που μπορεί να προκαλέσει ο κοινωνικός περίγυρος. Όπως αναφέρεται στους Watkins και Baldo (2004), για πολλά ζευγάρια, η περίοδος της υπογονιμότητας είναι μια φάση απομόνωσης και κοινωνικής απόσυρσης. Αναφέρονται έλλειψη κατανόησης, αρνητικά σχόλια, θυμός και ζήλια για ζευγάρια που έχουν παιδιά, για ζευγάρια που μπορούν να συλλάβουν, αλλά αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση, απομόνωση λόγω ψυχικού πόνου. Στην παρούσα έρευνα, πέρα από μια αναφορά σε αδιάκριτα σχόλια τρίτων, οι συμμετέχοντες δεν ανακάλεσαν αρνητικές εμπειρίες. Αντιθέτως, μάλιστα οι φίλοι και οι παρέες ήταν για αυτούς ένας τρόπος να ανακουφίζονται, να περνάνε καλά, να ξεφεύγουν από τη δυσκολία. Η εξωστρέφεια φαίνεται να έχει αρνητική συσχέτιση με το άγχος σχετιζόμενο με την υπογονιμότητα (Rashidi, Hosseini, Beigi, Ghazizadeh & Farahani, 2011).

Η εστίαση στη λύση, η απουσία μεμψιμοιρίας, η πίστη, η αποφασιστικότητα, η θετική στάση ήταν γνωστικές διεργασίες, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δυνάμεις που συνέβαλαν θετικά στη διαχείριση του προβλήματος για τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας. Οι Mahajan et al. (2009), εξέτασαν μια σειρά μεταβλητών ενδοπροσωπικών και

διαπροσωπικών που σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή και ψυχική ευεξία στην υπογονιμότητα. Όσον αφορά τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, η στήριξη από την οικογένεια και η σεξουαλική ικανοποίηση αναδείχθηκαν ως ουσιαστικοί παράγοντες. Οι ενδοπροσωπικές μεταβλητές που συνέβαλαν σε καλύτερη προσαρμογή ήταν η πίστη και η πνευματικότητα, ο ασφαλής δεσμός προσκόλλησης και η αντίληψη για την απόκτηση παιδιών. Η πνευματικότητα έχει βρεθεί ότι διευκολύνει την αντιμετώπιση αρνητικών γεγονότων ζωής (Woods and Ironson, 1999). Επίσης, η πεποίθηση ότι τα παιδιά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του γάμου συνεπάγεται περισσότερες κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες όταν υφίστανται προβλήματα γονιμότητας (Mahajan et al., 2009). Άλλες προσωπικές δεξιότητες και χαρακτηριστικά που συμβάλουν θετικά στην αντίδραση απέναντι σε ένα στρεσογόνο παράγοντα είναι η ελπίδα, η αισιοδοξία (Litt, Tennen, Affleck & Klock, 1992) η αποδοχή και αντιμετώπιση της κατάστασης εστιάζοντας στο πρόβλημα και τη διαχείριση του (Miles et al., 2008), στοιχεία που αναδύθηκαν και στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, οι Gourounti, Anagnostopoulos και Vaslamatzis (2010) ανέπτυξαν ένα μοντέλο που αναγνωρίζει διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην επίδραση του στρες σχετιζόμενο με την υπογονιμότητα. Στους παράγοντες περιλαμβάνονται προσωπικά χαρακτηριστικά, στρατηγικές αντιμετώπισης, γνωστικές εκτιμήσεις και κοινωνική στήριξη. Όλα τα παραπάνω αναδύθηκαν και στην παρούσα έρευνα ως πηγές δύναμης και τρόποι διαχείρισης της υπογονιμότητας.

Συναισθήματα

Όσον αφορά τις συναισθηματικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας, οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ανέφεραν συστηματικά το άγχος. Ανέδειξαν διάφορες πτυχές του συναισθήματος του άγχους, όπως αδυναμία ελέγχου, άγχος για το αποτέλεσμα, η φυσιολογικοποίηση του άγχους σε τέτοια σοβαρά γεγονότα ζωής, άγχος που εντεινόταν από

την αποτυχία, ανησυχία για την υγεία και τέλος το άγχος ως ανασταλτικός παράγοντας της επιτυχίας. Ακόμη, ανέφεραν απελπισία, στεναχώρια, αίσθηση αδικίας, θυμό, αίσθηση απώλειας εαυτού, κατάθλιψη, σοκ, ενοχή. Τα παραπάνω ευρήματα βρίσκονται σε πλήρη συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ενδεικτικά, οι Benyamini et al. (2009), οι Frederiksen et al. (2015) και οι Patel et al. (2016) έχουν αναφέρει τις εξής συναισθηματικές αντιδράσεις στην υπογονιμότητα: σοκ, στεναχώρια, θλίψη, θυμό, απογοήτευση, απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και μια γενικότερη αίσθηση απώλειας ελέγχου. Το άγχος των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα προερχόταν πολλές φορές από το αβέβαιο του αποτελέσματος. Η απώλεια ελέγχου επί της κατάστασης τονίζεται από τη βιβλιογραφία ως μια βασική διάσταση της συνθήκης (Domar & Seibel, όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau, 2007) που δυσκολεύει συναισθηματικά το άτομο. Ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε στην παρούσα έρευνα είναι το δίλημμα του τερματισμού των προσπαθειών για εγκυμοσύνη. Όπως εντοπίζεται και στη βιβλιογραφία, η λήψη αποφάσεων για ζητήματα σχετικά με την υπογονιμότητα είναι μια ιδιαίτερα αγχωτική συνθήκη (Daniluk, όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau, 2007). Οι συμμετέχοντες εστίαζαν το άγχος τους στην έκβαση της θεραπείας και το αβέβαιο του αποτελέσματος, ενώ κάθε αποτυχημένη προσπάθεια αύξανε το άγχος και τη δυσφορία. Σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία, οι αποτυχημένες προσπάθειες και το ενδεχόμενο της οριστικής αποτυχίας εντείνουν το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα (Verhaak et al., 2007). Επίσης, όταν τα ποσοστά αποτυχίας δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ατόμων συνήθως έρχεται η απογοήτευση (Klock, 2006).

Ένα ακόμη συναίσθημα που εντοπίστηκε στην παρούσα έρευνα είναι η αυτό-κατηγορία των γυναικών και μάλιστα σε περιπτώσεις που ο παράγοντας υπογονιμότητας δεν είχε εντοπιστεί στη γυναίκα. Σύμφωνα με τους Desai και Gundabattula (2017) και Sezgin και

Hocaoglu (2014), οι γυναίκες συνήθως κατηγορούν τις ίδιες και νιώθουν πως έχουν αποκλειστικά την ευθύνη για την επίλυση του προβλήματος.

Σε συμφωνία με ήδη υπάρχουσες έρευνες (Abbey, Andrews & Halman, όπως αναφέρεται στους Domar & Cousineau, 2007· Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004· Peterson, Pirritano, Christensen & Schmidt, 2008), η συνθήκη της υπογονιμότητας και η θεραπεία φαίνεται να αναγνωρίζεται ακόμα και από τους άνδρες συμμετέχοντες ως πιο επιβαρυντική για τη γυναίκα.

Νοηματοδότηση

Τέλος, η παρούσα έρευνα ανέδειξε πτυχές νοηματοδότησης της εμπειρίας. Για τους συμμετέχοντες, η υπογονιμότητα αποτέλεσε μια πρόκληση που συνέβαλε στην ωρίμανση, και στη συνειδητοποίηση δυνάμεων. Η νοηματοδότηση και η θετική αναπλαισίωση του προβλήματος προβλέπει λιγότερα προσωπικά, συζυγικά και κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν από την υπογονιμότητα σε γυναίκες (Schmidt et al., 2005). Επίσης, η λιγότερη άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος και η ικανότητα αναπλαισίωσης του προβλήματος και αναθεώρησης του ως μια πιο διαχειρίσιμη κατάσταση είναι ουσιαστικοί παράγοντες μεταξύ άλλων που βοηθούν το ζευγάρι να αντιμετωπίσει πιο θετικά την υπογονιμότητα (Sabatelli, Meth & Gavazzi, 1988). Στην παρούσα έρευνα, το ζευγάρι εστίασε στην δυσκολία ως πρόκληση. Η αφήγηση τους για την υπογονιμότητα είχε θετικό πρόσημο με χαρακτηριστικά σημεία τη διαχείριση και θετική προσαρμογή στην υπογονιμότητα.

Περιορισμοί – Μελλοντικές Προτάσεις

Αρχικά, παρότι σκοπός της ποιοτικής έρευνας δεν είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων, αλλά η εις βάθος κατανόηση της εμπειρίας, γίνεται σαφές ότι είναι επισφαλής οποιαδήποτε προσπάθεια γενίκευσης στις ποιοτικές έρευνες. Βέβαια, ένας μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων θα έδινε μια πληρέστερη εικόνα και πιθανόν να αναδύονταν διαφορετικές ποιότητες της εμπειρίας της υπογονιμότητας. Οι τέσσερις

συμμετέχοντες είναι εξαιρετικά μικρό δείγμα. Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να λειτουργήσει περισσότερο ως πιλοτική, παρά ως ανεξάρτητη. Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας έγινε υπό πίεση χρόνου και αντικειμενικών περιορισμών. Θα είχε ενδιαφέρον -ερευνητικό και πρακτικό- να επαναληφθεί λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς.

Το δείγμα αποτελούταν κατά κύριο λόγο από ανθρώπους που ενώ είχαν αντιμετωπίσει δυσκολίες γονιμότητας, εν τέλει κατάφεραν να τεκνοποιήσουν και να γίνουν με κάποιο τρόπο γονείς. Επίσης, για τους περισσότερους η εμπειρία της υπογονιμότητας τοποθετούνταν αρκετά χρόνια πριν. Έτσι, ενώ τα ευρήματα της έρευνας αντανακλούν μια αισιόδοξη στάση των ανθρώπων και θετική αναπλαισίωση της εμπειρίας είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη την πολύ θετική έκβαση στη δική τους προσπάθεια, δηλαδή την απόκτηση παιδιών. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τότε που οι συμμετέχοντες είχαν έρθει αντιμέτωποι με το πρόβλημα καθιστούσε δύσκολη την ανάκληση συναισθημάτων. Τα ευρήματα αφορούσαν περισσότερο πως οι άνθρωποι θυμόντουσαν και ανακαλούσαν το βίωμα, και λιγότερο παρείχαν πληροφορίες για το πως οι άνθρωποι νιώθουν, βιώνουν και αισθάνονται. Θα είχε νόημα, λοιπόν, να επαναληφθεί η έρευνα με άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο παρόν, αλλά και άτομα που δεν κατάφεραν να τεκνοποιήσουν. Μια ποικιλία στα δημογραφικά χαρακτηριστικά θα ήταν επίσης εμπλουτιστική, όπως χαμηλό οικονομικό επίπεδο, μονογονείς, συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες κ.τ.λ.. Η εμπειρία με την υπογονιμότητα παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των ανθρώπων. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών αφορά γυναίκες και περιστρέφεται γύρω από την εξωσωματική θεραπεία. Υπάρχουν όμως και άλλες παρεμβάσεις, τρόποι, εναλλακτικές, για τις οποίες θα είχε νόημα να επεκταθεί η έρευνα και να διερευνηθεί η εμπειρία των ανθρώπων αντίστοιχα. Χρειάζεται λοιπόν η έρευνα συμπεριλάβει ποικίλα χαρακτηριστικά και να καλύψει ένα μεγαλύτερο μέρος της ετερογένειας της υπογονιμότητας.

Η πλειοψηφία των ερευνών αντλεί δείγμα από κλινικό πληθυσμό που αναζητά θεραπεία για την υπογονιμότητα (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010). Ωστόσο, υπάρχει σημαντικό ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών που δεν αναζητά θεραπεία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται ότι λιγότερο των 50% των υπογόνιμων γυναικών καταφεύγουν σε κάποιο είδος θεραπείας (Chandra et al., 2013). Υπάρχει κενό στη βιβλιογραφία όσον αφορά τη μελέτη ανθρώπων που δεν αναζητούν θεραπεία και λύση στην υπογονιμότητα. Θα είχε νόημα και ερευνητική σημασία μελλοντικές έρευνες να εστίαζαν σε τέτοιο πληθυσμό ώστε να μελετηθούν χαρακτηριστικά, παράγοντες, συνθήκες που τυχόν διαφοροποιούν τα άτομα που αναζητούν θεραπεία από τα άτομα που αποφασίζουν να μην αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους, καθώς επίσης θα ήταν έτσι και πιο ξεκάθαρη η διάκριση των επιδράσεων της θεραπείας της υπογονιμότητας και της υπογονιμότητας καθουτής (Shreffler, Greil, & McQuillan, 2017).

Στην παρούσα έρευνα, ενώ ο οδηγός συνέντευξης περιελάμβανε μια ποικιλία θεματικών προς διερεύνηση που θα απέφερε πλούτο δεδομένων, η ερευνήτρια παρατήρησε και σημειώνει τη δυσκολία της να εστιάσει εις βάθος σε συγκεκριμένα ζητήματα, να προχωρήσει τις ερωτήσεις ένα βήμα περαιτέρω. Ο φόβος οφειλόταν πιθανόν στην ευαισθησία του θέματος και στην απροθυμία της ερευνήτριας να αναστατώσει ή να φέρει σε δύσκολη θέση τους συνεντευξιαζόμενους λόγω απειρίας της. Όμως, έτσι κάποια θέματα καλύφθηκαν γενικά, περιληπτικά και επιφανειακά. Για παράδειγμα, ενώ υπήρχε ερώτηση για τη σεξουαλική επαφή και σχέση, η ερευνήτρια δεν μπόρεσε να κατευθύνει τη συζήτηση προς τα εκεί, δεν μπόρεσε να θέσει ξεκάθαρα την ερώτηση για τις σεξουαλικές σχέσεις. Επίσης, η δυσκολία αυτή παρατηρήθηκε ακόμα και σε υλικό που έφεραν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες. Για παράδειγμα, σε κάποιο σημείο μια συμμετέχουσα ανέφερε πως η υπογονιμότητα είχε δημιουργήσει δυσκολίες που αφορούσαν σε πιο προσωπικές στιγμές του ζευγαριού. Η

ερευνήτρια δυσκολεύτηκε να ζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες και εκτενέστερη επεξήγηση.

Ένας σημαντικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο τρόπος αναζήτησης των συμμετεχόντων. Για λόγους ευκολίας η ερευνήτρια προσέγγισε γνωστούς από τον ευρύτερο και πιο απομακρυσμένο κοινωνικό της δίκτυο. Πιθανόν, άνθρωποι που δέχθηκαν να μιλήσουν για ένα τέτοιο ευαίσθητο θέμα είχαν αποδεχθεί το πρόβλημα τους και ήταν πιο ανοιχτοί στο μοιραστούν την εμπειρία τους. Η ανοιχτότητα αυτή πιθανόν να πρόκειται και για χαρακτηριστικό προσωπικότητας που παίζει ρόλο στον τρόπο αντίληψης και νοηματοδότησης της βιωμένης εμπειρίας.

Ένα σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι η σημασία της ποιότητας της σχέσης στο βίωμα της υπογονιμότητας. Θα είχε, λοιπόν, ενδιαφέρον να μελετηθεί η εμπειρία στα πλαίσια της дуάδας. Η ανάγκη για έρευνες εστιασμένες στη μελέτη της дуάδας επισημάνθηκε και από τους Tao et al. (2012). Μια πρόταση θα ήταν η έρευνα να αφορά αποκλειστικά ζευγάρια και το ενδιαφέρον να εστιάζει σε χαρακτηριστικά της σχέσης και των συντρόφων που συμβάλουν ευεργετικά στη διαχείριση της κατάστασης. Ένα ακόμη ζήτημα που αναδύθηκε και μάλιστα παρατηρείται σχετική έλλειψη στη βιβλιογραφία είναι η κακοποίηση στη θεραπεία. Τέλος, η παρούσα έρευνα είχε θετικό μάλλον πρόσημο, δηλαδή περιεγράφηκαν παράγοντες που δύναται να συμβάλουν προστατευτικά στη διαχείριση της υπογονιμότητας. Υπάρχει ανάγκη οι έρευνες να εστιάζουν σε εκείνα τα στοιχεία που βοηθούν τα άτομα να ανταπεξέλθουν σε ένα τόσο ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής -την υπογονιμότητα, να αναπτύξουν ανθεκτικότητα και να διατηρήσουν ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Πρακτικές Εφαρμογές της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε σημαντικές πτυχές της εμπειρίας της υπογονιμότητας που συμβάλουν σε μια θετική διαχείριση και νοηματοδότηση του προβλήματος. Η ενίσχυση

και καλλιέργεια αυτών των διαστάσεων σε ζευγάρια και άτομα που αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα, καθώς επίσης και η γνώση επβαρυντικών παραγόντων ώστε να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν δύναται να λειτουργήσει ευεργετικά για τη ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου και της σχέσης.

Επίσης, για άλλη μια φορά αναδεικνύεται η ανάγκη για ολιστική παρέμβαση στην υπογονιμότητα. Η φροντίδα χρήζει εστίασης στον «ασθενή»- άνθρωπο ως ολότητα με σωματικές-βιολογικές, οικονομικές, πνευματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ανάγκες. Συνήθως, ο ιατρός που αναλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία αναλαμβάνει και το ρόλο να στηρίζει το άτομα ή ζευγάρι. Ο ρόλος του είναι αναντικατάστατος, χρειάζεται όμως να ενισχυθεί και να πλαισιωθεί και από άλλους επαγγελματίες- ειδικούς. Η θεραπεία της υπογονιμότητας είναι σημαντικό να μην περιλαμβάνει μόνο σωματικές επεμβάσεις, αλλά και πολυεπίπεδες υπηρεσίες και παροχές.

Βιβλιογραφία

- Aarts, J. W., Huppelschoten, A. G., van Empel, I. W., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, *27*(2), 488–495. <https://doi.org/10.1093/humrep/der386>
- Aarts, J. W., van Empel, I. W., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human reproduction (Oxford, England)*, *26*(5), 1112–1118. <https://doi.org/10.1093/humrep/der051>
- 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
- Aitken, R. J., Skakkebaek, N. E., & Roman, S. D. (2006). Male reproductive health and the environment. *The Medical journal of Australia*, *185*(8), 414–415. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00634.x>
- Anwar, S., & Anwar, A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Womens Health Gynecol*, *5*, 2-5.
- Atwood, J. D., & Dobkin, S. (1992). Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *14*(5), 385–403. <https://doi.org/10.1007/BF00895055>
- Baor, L., & Soskolne, V. (2010). Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Human reproduction (Oxford, England)*, *25*(6), 1490–1496. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq045>

Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2014). Psychosocial and contextual determinants of health among infertile women: a cross-cultural study. *Psychology, health & medicine, 19*(6), 673–679. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.880492>

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and sterility, 83*(2), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British journal of health psychology, 14*(Pt 1), 1–16. <https://doi.org/10.1348/135910708X279288>

Beshart, M.A., & Hossin- Zadeh-Bazargan R. (2006). A comparative study of fertile and infertile womens mental health and sexual problems. *Iran J Psychiatry Clin Psychol, 12*(2), 146-53.

Biringer, E., Howard, L. M., Kessler, U., Stewart, R., & Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 36*(2), 38–45. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.992411>

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction (Oxford, England), 22*(6), 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>

Boivin, J., & Lancaster, D. (2010). Medical Waiting Periods: Imminence, Emotions and Coping. *Women's Health, 6*(1), 59–69. doi:10.2217/whe.09.79

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2011). Definition and causes of infertility. *Reproductive biomedicine online, 2*(1), 173-185.

Chandra, A., Copen, C. E., & Stephen, E. H. (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982-2010: data from the National Survey of Family Growth. *National health statistics reports*, (67), 1–19.

Choi, S. H., Shapiro, H., Robinson, G. E., Irvine, J., Neuman, J., Rosen, B., Murphy, J., & Stewart, D. (2005). Psychological side-effects of clomiphene citrate and human menopausal gonadotrophin. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 26(2), 93–100. <https://doi.org/10.1080/01443610400022983>

Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 293-308.

Covington, S. N. (Ed.). (2015). *Fertility counseling: Clinical guide and case studies*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107449398>

Daibes, M. A., Safadi, R. R., Athamneh, T., Anees, I. F., & Constantino, R. E. (2018). 'Half a woman, half a man; that is how they make me feel': a qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, health & sexuality*, 20(5), 516–530. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1359672>

Dancet, E. A., Van Empel, I. W., Rober, P., Nelen, W. L., Kremer, J. A., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human reproduction (Oxford, England)*, 26(4), 827–833. <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>

De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., Valchera, A., Ortolani, C., Ciarrocchi, F., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *La Clinica terapeutica*, 165(3), 163–169. <https://doi.org/10.7417/CT.2014.1716>

Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 336.

Desai, H. J., & Gundabattula, S. R. (2017). Quality of life in Indian women with fertility problems as assessed by the FertiQoL questionnaire: a single center cross sectional study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 40(1), 82–87. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1405257>

Dhaliwal, L. K., Gupta, K. R., Gopalan, S., & Kulhara, P. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes--prospective study. *International journal of fertility and women's medicine*, 49(1), 44–48.

Domar, A. (2020). The relationship between stress and infertility: We need to stop arguing about whether or not stress causes infertility and focus on what really matters: patient-centered care. *Fertility*. Ανακτήθηκε από <https://www.fertsterdialog.com/posts/64455-domar-consider-this>

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 6(12), 3335–3346. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x>

Dumbala, S., Bhargav, H., Satyanarayana, V., Arasappa, R., Varambally, S., Desai, G., & Bangalore, G.N. (2020). Effect of Yoga on Psychological Distress among Women Receiving Treatment for Infertility. *Int J Yoga*, 13(2), 115-119. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_34_19

Durairajanayagam, D. (2018). Lifestyle causes of male infertility. *Arab Journal of Urology*, 16(1), 10–20. doi:10.1016/j.aju.2017.12.004

Dyer S. J. (2007). The value of children in African countries: insights from studies on infertility. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 28(2), 69–77. <https://doi.org/10.1080/01674820701409959>

Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 365–375. doi:10.1348/135910700168982

El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *167*(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>

European Society of Human Reproduction and Embryology, (2014). ART fact sheet (July 2014). Ανακτήθηκε από <file:///C:/Users/maria/Downloads/ARTfactsheet%20201120062014.pdf>

Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., & Chaves, C. (2015). Influence of Infertility and Fertility Adjustment on Marital Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *171*, 96–103. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.094

Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *The International journal of social psychiatry*, *50*(4), 294–300. <https://doi.org/10.1177/0020764004050334>

Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *5*(1), e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>

Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and sterility*, *100*(2), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.015>

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, *18*(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>

Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient education and counseling*, 93(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>

Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 68-80

Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E., & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 824–838. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.824>

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. & Vaslamatzis, G. (2010). Psychosocial Predictors of Infertility Related Stress: A Review. *Current Women's Health Reviews*, 6(4), 318-331. [10.2174/1573404107933](https://doi.org/10.2174/1573404107933)

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87–94.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>

Haica, C. C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 506–510.

Hassani, F. (2010). Psychology of infertility and the comparison between two couple therapies, in infertile pairs. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 1(1), 25.

Hodson, N., & Bewley, S. (2019). Abuse in assisted reproductive technology: A systematic qualitative review and typology. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 238, 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.027>

Hollos, M., Larsen, U., Obono, O., & Whitehouse, B. (2009). The problem of infertility in high fertility populations: meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities. *Social science & medicine*, 68 (11), 2061–2068. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.008>

Howitt, D. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods in Psychology. Putting theory into practice*. London: Pearson.

Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Σύδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Jenkins, J., Daya, S., Kremer, J., Balasch, J., Barratt, C., Cooke, I., Lawford-Davies, J., De Sutter, P., Suikari, A. M., Neulen, J., & Nygren, K. (2004). European Classification of Infertility Taskforce (ECIT) response to Habbema et al., 'Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal'. *Human reproduction (Oxford, England)*, 19(12), 2687–2688. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh499>

Kainz K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 11(6), 481–485. [https://doi.org/10.1016/s1049-3867\(01\)00129-3](https://doi.org/10.1016/s1049-3867(01)00129-3)

Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 677–682. doi:10.3109/00016341003623746

Klock, S. C. (2006). Psychosocial evaluation of the infertile patient. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 83–96). Cambridge University Press.

Kohan, S., Ghasemi, Z., & Beigi, M. (2015). Exploring infertile women's experiences about sexual life: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 34–39.

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>

Llavona Uribelarrea, L. M. (2008). The psychological impact of infertility. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158–166.

Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>

Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human reproduction (Oxford, England)*, 16(8), 1762–1767. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1762>

Lenzi, A., Lombardo, F., Salacone, P., Gandini, L., & Jannini, E. A. (2003). Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. *Journal of endocrinological investigation*, 26(3 Suppl), 72–76.

Leridon H. (2005). How effective is assisted reproduction technology? A model assessment. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 53 Spec No 2, 2S119–2S127.

Levine, H., Jørgensen, N., Martino-Andrade, A., Mendiola, J., Weksler-Derri, D., Mindlis, I., ... Swan, S. H. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, 23(6), 646–659. [doi:10.1093/humupd/dmx022](https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022)

Lintsen, A. M. E., Verhaak, C. M., Eijkemans, M. J. C., Smeenk, J. M. J., & Braat, D. M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, *24*(5), 1092

1098. doi:10.1093/humrep/den491

Litt, M. D., Tennen, H., Affleck, G., & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, *15*(2), 171–

187. <https://doi.org/10.1007/BF00848324>

Lund, R., Sejbaek, C. S., Christensen, U., & Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human reproduction (Oxford, England)*, *24*(11), 2810–2820.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dep257>

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *J Reprod Infant Psychol* *27*, 223– 237

Macaluso, M., Wright-Schnapp, T. J., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C. L., Pulver, A., ... Pollack, L. A. (2010). *A public health focus on infertility prevention, detection, and management. Fertility and Sterility*, *93*(1), 16.e1–16.e10. doi:

10.1016/j.fertnstert.2008.09.046

Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human reproduction (Oxford, England)*, *24*(4), 906–912.

<https://doi.org/10.1093/humrep/den462>

Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Omani Samani, R. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *130*(3), 253–256.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.044>

Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human reproduction (Oxford, England)*, *26*(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>

Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V.M., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, *29*(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>

Ματζούκας Σ. (2007). Ποιοτική Έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, *46*(1), 88–98

Melender, H.L. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, *29*(2), 101–111.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, *63*(1), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>

Nicoloro-SantaBarbara, J., Busso, C., Moyer, A., & Lobel, M. (2018). Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social science & medicine (1982)*, *213*, 54–62.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.033>

Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial medicine*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-5-15>.

Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongièrès, C., & Nisand, I. (2009). Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité [Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 37(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.08.012>

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences*, 9(1), 28.

Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 23(5), 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/den067>

Phillips, E., Elander, J., & Montague, J. (2014). Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of health psychology*, 19(4), 531–543. <https://doi.org/10.1177/1359105312474915>

Polis, C.B., Cox, C.M., Tunçalp, Ö., McLain, A.C., & Thoma, M.E. (2017). Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. *Hum Reprod*, 32(5), 1064-1074. doi: 10.1093/humrep/dex025.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2006). Effectiveness and treatment for unexplained infertility. *Fertility and Sterility*, 86(5), 111-114.

Purewal, S., Chapman, S., & van den Akker, O. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*, 36(6), 646–657. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.03.010>.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Jafarabadi, M., Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*, 85(1),139–43.

Rashidi, B., Hosseine, S., Beigi, P.K.M., Ghazizadeh, M., & Farahani, M.N. (2012). Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. *Journal of Women's Health*, 21(4), 7-7.

Rich, C. W., & Domar, A. D. (2016). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and sterility*, 105(5), 1124–1127. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.017>

Roupa, Z., Polikandrioti, M., Sotiropoulou, P., Faros, E., Koulouri, A., Wozniak, G., & Gourni, M. (2009). Causes of infertility in women at reproductive age. *Health Science Journal*, 3(2), 80-87.

Rutstein, Shea O. and Iqbal H. Shah. 2004. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. DHS Comparative Reports No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and the World Health Organization.

Sabatelli, R. M., Meth, R. L., & Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(3), 338-343.

Schaller, M. A., Griesinger, G., & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 293(5), 1137–1145.

<https://doi.org/10.1007/s00404-016-4033-x>

Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction-what are the research priorities? *Hum Fertil*, 12(1), 14–20.

<https://doi.org/10.1080/14647270802331487>

Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, 20(11), 3248–3256.

Schneid-Kofman, N., & Sheiner, E. (2005). Does stress effect male infertility? A debate. *Medical science monitor*, 11(8), SR11

Sezgin, H., & Hocaoglu, C. (2014). Psychiatric Aspects of Infertility. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 6(3), 165-185.

Shreffler, K. M., Greil, A. L., & McQuillan, J. (2017). Responding to Infertility: Lessons From a Growing Body of Research and Suggested Guidelines for Practice. *Family relations*, 66(4), 644–658. <https://doi.org/10.1111/fare.12281>

Simionescu, G., Doroftei, B., Maftei, R., Obreja, B. E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Experimental and therapeutic medicine*, 21(4), 306.

<https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>

Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. doi:10.1080/17437199.2010.510659

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications Ltd.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). Sage Publications, Inc.

Starc, A., Trampuš, M., Pavan Jukić, D., Rotim, C., Jukić, T., & Polona Mivšek, A. (2019). Infertility and Sexual Dysfunctions: A systematic literature review. *Acta clinica Croatica*, 58(3), 508–515. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15>

Sun, H., Gong, T. T., Jiang, Y. T., Zhang, S., Zhao, Y. H., & Wu, Q. J. (2019). Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging*, 11(23), 10952–10991. <https://doi.org/10.18632/aging.102497>.

Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 17(12), 3242–3250. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3242>

Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *The Journal of international medical research*, 48(6), 300060520932403. <https://doi.org/10.1177/0300060520932403>

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian medical journal*, 4(11), 620–627. <https://doi.org/10.4066/AMJ.20111055>

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of reproduction & infertility*, *13*(2), 71–80.

Throsby, K., & Gill, R. (2004). “It’s Different for Men”: Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, *6*(4), 330–348. <https://doi.org/10.1177/1097184X03260958>

van Empel, I. W., Nelen, W. L., Hermens, R. P., & Kremer, J. A. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human reproduction (Oxford, England)*, *23*(6), 1242–1245. <https://doi.org/10.1093/humrep/den094>

van Balen, F., & Bos, H. M. (2009). The social and cultural consequences of being childless in poor-resource areas. *Facts, views & vision in ObGyn*, *1*(2), 106–121.

van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T.C. (1995). Involuntarily childless couples: their desire to have children and their motives. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, *16*(3), 137-144

Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, *62*, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, *13*(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human reproduction (Oxford, England)*, *20*(8), 2253–2260. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, *23*(9), 2056–2063. <https://doi.org/10.1093/humrep/den154>

Walen, H. R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *17*(1), 5–30. <https://doi.org/10.1177/0265407500171001>

Warnock, J. K., Bundren, J. C., & Morris, D. W. (2000). Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertility and sterility*, *74*(5), 984–986. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(00\)01607-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(00)01607-1)

Watkins, K. J., & Baldo, T. D. (2004). The Infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, *82*(4), 394–420. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00326.x>

Webb, R. E., & Daniluk, J. C. (1999). The End of the Line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. *Men and Masculinities*, *2*(1), 6–25. <https://doi.org/10.1177/1097184X99002001002>

Williams, K.E., Zappert, L.N. (2006). Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. In: Covington SN, Hammer Burns L (eds). *Infertility Counselling*. New York, USA: Cambridge University Press, 97–116.

Willig, C. (2015). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στην ψυχολογία: Εισαγωγή*. Αθήνα: Gutenberg.

Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, *22*(2), 594–608. <https://doi.org/10.1093/humrep/del401>

Wischmann T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 7(5), 1868–1876. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>

Woods, T. E., & Ironson, G. H. (1999). Religion and Spirituality in the Face of Illness: How Cancer, Cardiac, and HIV Patients Describe their Spirituality/Religiosity. *Journal of health psychology*, 4(3), 393–412. <https://doi.org/10.1177/135910539900400308>

World Health Organization (WHO) (2002). Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Ανακτήθηκε από <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf;jsessionid=23D8B4F04C4B0B2A26A3D444443D65A0?sequence=1>

World Health Organisation (WHO) (2020). Infertility. Ανακτήθηκε από: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 33(6), 689–701. <https://doi.org/10.1007/s10815-016-0690-8>

Zargham-Boroujeni, A., Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., & Habibi, M. (2014). Empowerment and Sense of Adequacy in Infertile Couples: A Fundamental Need in Treatment Process of Infertility - A Qualitative Study. *The Qualitative Report*, 19, 1-14.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406.

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945–954. doi:10.1007/s11136-017-1781-4

Παράρτημα Α

Οδηγός Συνέντευξης

Συστάσεις

Ενημέρωση των συμμετεχόντων για την έρευνα και το σκοπό της (Έντυπο συναίνεσης συμμετοχής σε ερευνητική εργασία) και έγγραφη συγκατάθεσή τους

Δημογραφικά στοιχεία

Ερωτήσεις Συνέντευξης:

- Ποια είναι η εμπειρία σας με την υπογονιμότητα; Τι δυσκολία αντιμετωπίσατε;
- Ποια ήταν τα κίνητρα σας για την απόκτηση παιδιού;
- Πως θα περιγράφατε την επαφή σας με το ιατρικό σκέλος της διαδικασίας (εξετάσεις, επαφή με γιατρούς);
- Πως βιώσατε αυτή τη δυσκολία; Τι συναισθήματα, σκέψεις σας προκάλεσε; Πως σας έκανε να νιώθετε;
- Πως σας επηρέασε σε ψυχικό επίπεδο;
- Προκάλεσε αλλαγές στη ζωή σας; Και αν ναι, τι αλλαγές; Τι δυσκολίες κληθήκατε να αντιμετωπίσετε;
- Ποιο ήταν το μεγαλύτερο εμπόδιο για εσάς;
- Τι συνέπειες είχε η υπογονιμότητα στη συντροφική σας σχέση;
- (επικοινωνία, στήριξη, συναισθήματα, δυσκολίες, σεξουαλική ζωή, συμφωνία/διαφωνία, αποφάσεις, μελλοντική πορεία)
- Πως ήταν η σχέση σας πριν τη διάγνωση, την περίοδο του προβλήματος και πως είναι τώρα;
- Πως το διαχειριστήκατε; Τι σας βοήθησε να το διαχειριστείτε όλο αυτό; Ποια ήταν τα στηρίγματα σας;
- Τι χρειαζόσασταν εκείνο το διάστημα; Τι θα μπορούσε να ανακουφίσει;

- Τι θα λέγατε σε ένα ζευγάρι που μόλις διαγνώστηκε με υπογονιμότητα και βρίσκεται στην αρχή αυτού του αγώνα;
- Ποια ήταν η δική σας ερμηνεία για την υπογονιμότητα; Τι σήμαινε για εσάς αυτό;
- Πως μιλάτε και αναφέρεστε σ' αυτό σε άλλους ανθρώπους;
- Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να συμπληρώσετε;

Παράρτημα Β

Φόρμα Συγκατάθεσης για Συμμετοχή στη Συνέντευξη

Δηλώνω τη συγκατάθεση μου για να συμμετάσχω στην έρευνα που διεξάγει η κα. Μαρία-Αγγελίνα Φαλτσέτα, ψυχολόγος και μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Ψυχολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασία με θέμα την κατανόηση της εμπειρίας και του βιώματος της υπογονιμότητας.

Έχω ενημερωθεί από την κα. Φαλτσέτα για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, καθώς και για την τήρηση και διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου ως προς τα προσωπικά μου στοιχεία. Επίσης, έχω ενημερωθεί για τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μου και έχω διαβεβαιωθεί ότι το υλικό το οποίο θα μαγνητοφωνηθεί και θα απομαγνητοφωνηθεί θα είναι προσβάσιμο μόνο από την ίδια και τους επόμενες καθηγητές της και θα καταστραφεί με το πέρας της επεξεργασίας των δεδομένων. Τέλος, γνωρίζω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποχωρήσω από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

...../...../2022

Υπογραφή