

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
Π.Μ.Σ.: ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΝΟΜΑ:** Κουτσοκώστα Ευφροσύνη

**Α.Μ.:** 77

*ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:*

*«Η βίωση και η διαχείριση της εμπειρίας της υπογονιμότητας  
από τις γυναίκες και το κίνητρο απόκτησης απογόνου με τις  
μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»*

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΕΣ:**

Κα Τριλίβα Σοφία  
Κα Παπαληγούρα Ζαΐρα  
Κα Παπαγεωργίου Παναγιώτα

ΡΕΘΥΜΝΟ 2007

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις επιβλέπουσες καθηγήτριες κυρίες Σ. Τριλίβα, Ζ. Παπαληγούρα και Π. Παπαγεωργίου που δέχτηκαν να επιβλέψουν την συγκεκριμένη εργασία και με βοήθησαν να την ολοκληρώσω.

Επιπλέον οφείλω ευχαριστίες στους κυρίους:

Δημητρούλη Κ. από το Κέντρο Βιογενετικής του Ευγενιδείου Νοσοκομείου, Τζαφεράκο Α. από την Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής, Βουτσινά Κ. από την Euromedica IVF, οι οποίοι δέχτηκαν να συνεργαστούν μαζί μου και χωρίς την βοήθεια τους θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί αυτή η δουλειά.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ οφείλω στα μέλη του Σωματείου Υποστήριξης Γονιμότητας Κυβέλη που μου επέτρεψαν να παραβρεθώ στις εκδηλώσεις του συλλόγου τους, μου συμπαραστάθηκαν όταν η ολοκλήρωση της έρευνας έδειχνε αδύνατη και με βοήθησαν να μάθω και να καταλάβω αρκετά πράγματα για τον τρόπο που λειτουργεί ο χώρος της εξωσωματικής στην Ελλάδα και να απαντήσω σε κάποια απ' τα ερωτήματα που μου δημιούργησε η ενασχόληση με τον χώρο αυτό.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

.....ΣΕΛ.1

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

### A. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

.....ΣΕΛ.3

### B. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....ΣΕΛ.

4

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

### A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 1. Ψυχοδυναμικού Προσανατολισμού

Μοντέλα.....ΣΕΛ.11

#### 2. Εξελικτικά

Μοντέλα.....ΣΕΛ.14

#### 3. Γνωστικά και Συμπεριφορικά

Μοντέλα.....ΣΕΛ.16

#### 4. Θεωρίες Οικογενειακών

Συστημάτων.....ΣΕΛ.18

#### 5. Θεωρίες

Φύλου.....ΣΕΛ.19

#### 6. Φεμινιστική Κριτική και Φεμινιστικές

Θεωρίες.....ΣΕΛ.20

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

1. Ατεκνία και  
Ψυχοπαθολογία.....ΣΕΛ.31
2. Συναισθήματα.....ΣΕΛ.  
34
3. Πένθος.....ΣΕΛ  
.35
4. Αλλαγές ζωής- Απώλεια  
Ελέγχου.....ΣΕΛ.37
5. Κριτήρια για την έναρξη ή συνέχιση της  
διαδικασίας.....ΣΕΛ.38
6. Κίνητρα.....ΣΕΛ.  
39
7. Σεξουαλικότητα.....ΣΕΛ.  
40
8. Σχέση και  
Γάμος.....ΣΕΛ.41
9. Στρατηγικές Αντιμετώπισης του  
Άγχους.....ΣΕΛ.42
10. Η στάση των γυναικών απέναντι στις γυναικολογικές  
εξετάσεις.....ΣΕΛ.50
11. Οι συνέπειες των  
προσπαθειών.....ΣΕΛ.51

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ**

A. ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΑΥΤΗ ΤΗΝ  
ΕΡΕΥΝΑ.....ΣΕΛ.53

B. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ.....ΣΕΛ.55

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

A. Η ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ.....	ΣΕΛ. 59
---	------------

B. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	ΣΕΛ.61
-------------------------	--------

Γ. ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ.....	ΣΕΛ.63
-----------------------------	--------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ**

A. ΠΛΑΝΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	ΣΕΛ.74
---------------------------	--------

B. ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	ΣΕΛ.75
1. Αλλαγές ζωής και ζητήματα ελέγχου.....	ΣΕΛ.75
2. Συναισθήματα, Σώμα και στρατηγικές αντιμετώπισης.....	ΣΕΛ.79
3. Περίγυρος.....	ΣΕΛ .95
4. Ένταση στο ζευγάρι.....	ΣΕΛ.103
5. Κοινωνικές συνέπειες της υπογονιμότητας και της ατεκνίας.....	ΣΕΛ.107
6. Κίνητρα.....	ΣΕΛ .112
7. Εναλλακτικές.....	ΣΕ Λ.122
8. Τρόποι αντίστασης.....	ΣΕΛ.125

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

### Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

1. Η ιδεολογία που προάγει τη χρήση της  
εξωσωματικής.....ΣΕΛ.131
2. Ο περιορισμός των επιλογών των  
γυναικών.....ΣΕΛ.135

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

.....ΣΕΛ.140

### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

.....ΣΕΛ.144

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

.....ΣΕΛ.146

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

.....ΣΕΛ.148

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## **ΠΙΝΑΚΕΣ:**

Πίνακας 1:

*Αιτίες γυναικείας υπογονιμότητας* .....ΣΕΛ.5

Πίνακας 2:

*Αλλαγές ζωής και έλεγχος* .....ΣΕΛ.65

Πίνακας 3:

*Συναισθήματα* .....ΣΕΛ.70

Πίνακας 4:

*Στρατηγικές αντιμετώπισης του φόβου και του άγχους* .....ΣΕΛ.81

Πίνακας 5:

*Οι άνθρωποι που γνωρίζουν, Πηγές στήριξης και Στάσεις περιγύρου* .....ΣΕΛ.86

Πίνακας 6:

*Παράγοντες που δημιουργούν ένταση ανάμεσα στο ζευγάρι* .....ΣΕΛ.93

Πίνακας 7:

*Κοινωνικές προκαταλήψεις για τις γυναίκες και την μητρότητα* .....ΣΕΛ.97

Πίνακας 8:

***Γιατί η εξωσωματική προτιμάται από τις γυναίκες***

.....ΣΕΛ.103

Πίνακας 9:

***Κίνητρα για την απόκτηση απογόνων***

.....ΣΕΛ.107

Πίνακας 10:

***Οι εναλλακτικές λύσεις***

.....ΣΕΛ.112

Πίνακας 11:

***Συγκρότηση συμβολικών ομάδων***

.....ΣΕΛ.116



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η έρευνα αυτή αποσκοπεί κατ' αρχήν στο να καταγράψει το βίωμα των Ελληνίδων που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας σήμερα. Η εμπειρία της υπογονιμότητας εκτός από ιατρικό και προσωπικό θέμα αποτελεί και πολύπλοκο κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο εμπλέκονται κι απ' το οποίο απορρέουν ζητήματα οικονομικά, πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ηθικές στάσεις κι ακόμα ηθικές και ιδεολογικές συγκρούσεις ανάμεσα στις πιο παραδοσιακές και μη επεμβατικές θεωρήσεις και τις νεότερες που ενθαρρύνουν την χρήση των διαφόρων τεχνολογιών για την επίτευξη του στόχου που είναι η απόκτηση ενός παιδιού.

Μέσα από τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί σε ιδεολογικό και κοινωνικό επίπεδο και αφορούν την θεώρηση της υπογονιμότητας και των μεθόδων αντιμετώπισης της, ένα ζήτημα που αφορά αυτή την εργασία είναι η θέση της γυναίκας με προβλήματα αναπαραγωγής στην Ελλάδα σήμερα. Τι είναι αυτό που αναμένεται να κάνει μια γυναίκα και ποια η στάση που θα πρέπει να τηρήσει εφ' όσον έρθει αντιμέτωπη με ένα τέτοιο ζήτημα; Το θέμα εμπλέκει τις πεποιθήσεις για τους ρόλους της γυναίκας στην σύγχρονη Ελλάδα, τις πεποιθήσεις για την μητρότητα και το ευρύτερο κοινωνικό status των γυναικών. Εκτός από τα αμιγώς γυναικεία ζητήματα, έχει να κάνει και με τις πεποιθήσεις που επικρατούν σήμερα στον Ελληνικό χώρο για την ιατρική και την τεχνολογία και τις δυνατότητες που προσφέρουν για την επίλυση των προβλημάτων γονιμότητας. Τέλος, μέσα από το θέμα αυτό μπορεί κανείς να παρακολουθήσει την ιδεολογική εξέλιξη και την ηθική διαφοροποίηση της Ελληνικής κοινωνίας μέσα στην τελευταία δεκαετία. Μέρος αυτής της διαφοροποίησης είναι και η σημερινή θέση της γυναίκας η οποία κατά τα φαινόμενα έχει αλλάξει αρκετά σε σχέση με το παρελθόν<sup>1</sup> και προς διερεύνηση το κατά πόσο οι επιλογές που προκρίνονται σε ότι αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, πράγματι αντικατοπτρίζουν την θέση αυτή και προς ποια κατεύθυνση.

Η εργασία είναι κατανεμημένη σε 6 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται κάποια επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν στην εκδήλωση του φαινομένου της υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Επίσης γίνεται μια σύντομη παράθεση των οργανικών αιτιών που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε εκδήλωση προβλημάτων γονιμότητας στις γυναίκες. Επίσης στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται και οι πιο

---

<sup>1</sup> Ένα ενδιαφέρον ζήτημα είναι αν έχει διαφοροποιηθεί και κατ' ουσίαν. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, δυστυχώς κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να συμβαίνει.

συνηθισμένοι τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών, μεταξύ των οποίων βρίσκονται και οι διάφορες παραλλαγές της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στις θεωρητικές προσεγγίσεις της ψυχολογίας πάνω στα αίτια και τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας καθώς και στην παράθεση των πορισμάτων της σύγχρονης έρευνας και βιβλιογραφίας που αναφέρεται στα ζητήματα αυτά.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στα κεντρικά ερωτήματα που απασχολούν την έρευνα αυτή και στην σημασία τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν επί του πρακτέου και αφορούν στην συλλογή του δείγματος, τις συμμετέχουσες και την διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε.

Στο κεφάλαιο πέντε αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο αναδείχτηκαν οι διάφορες επιμέρους θεματικές και στην συνέχεια γίνεται παράθεση των σχετικών ευρημάτων ανά θεματική ενότητα με ανάπτυξη των πιο σημαντικών.

Το κεφάλαιο έξι είναι αφιερωμένο στην ερμηνεία των ευρημάτων και στην ανάπτυξη με την βοήθειά τους των κεντρικών ερευνητικών ερωτημάτων.

Ακολουθούν συζήτηση των ευρημάτων, οι περιορισμοί της έρευνας αυτής αλλά και κάποιες προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:**

# **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων της υπογονιμότητας που αφορούν στον Ελληνικό χώρο και μια επιγραμματική ανασκόπηση των κυριότερων οργανικών αιτίων που μπορούν να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα γυναικείου παράγοντα και των σταδίων που συνήθως ακολουθούνται μέχρι να προταθεί σε ένα ζευγάρι ως λύση η εξωσωματική.

## **A. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ**

Στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σοβαρή μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Η υπογεννητικότητα αυτή σε μεγάλο βαθμό αποδίδεται στις κοινωνικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια αλλά και στην έλλειψη πολιτικών που να διευκολύνουν τα ζευγάρια στην απόφασή τους να αποκτήσουν παιδιά είτε πρόκειται για την απόκτηση του πρώτου παιδιού είτε περισσότερων του ενός. Εκτός όμως από το κομμάτι που αφορά τα κοινωνικά αίτια της υπογεννητικότητας, σε σημαντικό παράγοντα για την μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, φαίνεται πως εξελίσσεται και το φαινόμενο της *υπογονιμότητας*. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες, φαίνεται ότι τα ποσοστά γεωγραφικής κατανομής της υπογονιμότητας δεν είναι ισομερώς κατανομημένα. Η Ελλάδα σύμφωνα με τις καταγραφές αυτές κατέχει μια απ' τις πρώτες θέσεις στον κατάλογο των χωρών με το οξύτερο πρόβλημα (Παπαδοπούλου 2003).

Σε παλαιότερη έρευνα σε Ελληνικό πληθυσμό καταγράφονται οι ακόλουθες αιτίες για την απόφαση των ζευγαριών να καταφύγουν σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης: ανδρικός παράγων 52% των περιπτώσεων, προβλήματα στις σάλπιγγες 25%, ανεξήγητη αιτιολογία 20%, διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας 17%, ενδομητρίωση 5%, έλλειψη μήτρας 1% (Παπαδοπούλου 2003). Είναι σημαντικό να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι ως υπογόνιμα λογίζονται τα ζευγάρια που έχουν ήδη εμπλακεί σε διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κι όχι όσα βρίσκονται στο στάδιο της διερεύνησης ή για κάποιους λόγους δεν

προκρίνουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως μια επιθυμητή λύση. Έτσι ο αριθμός των υπογονιμων ζευγαριών στην Ελλάδα σήμερα υπολογίζεται στις 250.000-300.000 (Λαϊνάς 2006, p.1), αλλά στην πραγματικότητα δεν αποκλείεται να είναι μεγαλύτερος. Ομοίως τα ποσοστά που αφορούν τα αίτια της υπογονιμότητας είναι πιθανό να διαφέρουν σε σχέση με αυτά που αναφέρονται πιο πάνω.

Άλλο ένα σημείο με βαρύνουσα κοινωνική σημασία και με συνέπειες για τα ζευγάρια που μπαίνουν σε διαδικασία εξωσωματικής έχει να κάνει με το σύστημα υγείας, καθώς στην Ελλάδα σήμερα, στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι παρεμβάσεις αυτού του είδους γίνονται σε χώρους ιδιωτικούς. Τα έξοδα άρχισαν μόλις πρόσφατα να καλύπτονται από κάποια ταμεία και σε μικρό ποσοστό (μόνο τα φάρμακα).

## **B. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Η ενότητα αυτή είναι αφιερωμένη σε μια σύντομη περίληψη των κυριότερων προβλημάτων που μπορεί να συμβάλλουν σε υπογονιμότητα και στους τρόπους αντιμετώπισής τους. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και η εξωσωματική γονιμοποίηση που κατά κύριο λόγο απασχολεί αυτή την εργασία. Δεν κρίθηκε σκόπιμη η εκτενής ανάλυση των προβλημάτων αυτών καθώς αποτελούν ιατρικά ζητήματα που βρίσκονται πέραν του ερευνητικού ενδιαφέροντος της δουλειάς αυτής.

Αν και κατά το παρελθόν τα περιστατικά που καταγράφονταν ως «ανεξήγητη» υπογονιμότητα ήταν πολλά, τις τελευταίες δεκαετίες λόγω της προόδου που έχει συντελεστεί τόσο στον χώρο της έρευνας όσο και της τεχνολογίας και των τεχνικών μέσων διεξαγωγής της, ένα μεγάλο ποσοστό των περιστατικών αυτών έχει πλέον αποδοθεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις που εντοπίζονται σε οργανικούς παράγοντες είτε ανατομικούς, είτε βιοχημικούς. Παρ' όλ' αυτά και σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό των περιστατικών υπογονιμότητας εξακολουθούν να μην μπορούν να αποδοθούν σε οργανική αιτιολογία. Διάφορες έρευνες από τον χώρο της ιατρικής ανεβάζουν τα ποσοστά ανεξήγητης υπογονιμότητας στις μέρες μας στο 25-30% ποσοστό που θεωρείται σημαντικό (Λαϊνάς 2006).

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ - ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Τα αίτια της υπογονιμότητας μπορούν να είναι πολλά και ποικίλα. Καθώς η έρευνα αυτή εστιάζεται στις γυναίκες ακολουθεί αναφορά μόνο των αιτιών που τις αφορούν. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και παράγοντες που εντοπίζονται στους άνδρες. Αν και παλαιότερες αντιλήψεις θεωρούσαν το πρόβλημα της υπογονιμότητας ως «γυναικείο» πρόβλημα, σήμερα γνωρίζουμε ότι τα ποσοστά υπογονιμότητας είναι περίπου ισομερώς κατανεμημένα στα δύο φύλα. Επίσης, αν και υπάρχουν και περιπτώσεις που το πρόβλημα εντοπίζεται μόνο στον έναν από τους συντρόφους, το πιο συχνό είναι να υπάρχουν σε κάποιο βαθμό μικρές ή μεγαλύτερες δυσχέρειες και στους δύο.

Οι πληροφορίες που ακολουθούν προέρχονται από την «Οικογενειακή Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια: Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Εξωσωματική Γονιμοποίηση» (Λαϊνάς 2006).

Πίνακας 1. Αιτίες γυναικείας υπογονιμότητας

1. Διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας
<b>Ανωοθυλακιορρηξία</b>
Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (Σ.Π.Ω)
Υπερπρολακτιναιμία
Υπογοναδοτροπικός Υπογοναδισμός
Υπεργοναδικός Υπογοναδισμός
Σύνδρομο Ανθεκτικών Ωοθηκών
Πρωτοπαθής Γοναδική Δυσγενεσία
Σύνδρομο Κενού Ωοθυλακίου
2. Ωχρινικές Διαταραχές
Ανεπάρκεια Ωχρινικής Φάσης

Κύστεις Ωχρού Σωματίου
Σύνδρομο Ωχρινοποιημένου Αρρηκτου Ωοθυλακίου
Επίμονο Ωχρό Σωμάτιο
<b>3. Τραχηλικός Παράγων</b>
Εχθρική συμπεριφορά της τραχηλικής βλέννας
<b>4. Παθήσεις της μήτρας</b>
Συγγενείς Ανωμαλίες της Μήτρας
Ενδομητρικές Συμφύσεις
Ενδομητρικός Πολύποδας
Ινομώματα της μήτρας
Ενδομητρίτιδα
Οστική Μετάπλαση
Παρουσία ξένων σωμάτων στην μήτρα
Ουλές του Ενδομητρίου
Παθολογία του Ισθμού και του Ενδοτραχήλου
<b>5. Προβλήματα των σαλπίγγων - περιτοναϊκός παράγων</b>
Ενδομητρίωση
<b>6. Αυξημένη ηλικία της γυναίκας</b>
<b>7. Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής</b>
Κάπνισμα
Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ
Παχυσαρκία
Πολύ μικρότερο του φυσιολογικού σωματικό βάρος

Υπερβολική άσκηση
Αυξημένο άγχος
Μεγάλος αριθμός και οι συχνές εναλλαγές σεξουαλικών συντρόφων καθώς αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
8. Ανεξήγητη υπογονιμότητα

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

### 1. Διαγνωστικές Εξετάσεις για την Γυναίκα

Υπερηχογράφημα

Υστεροσαλπιγγογραφία

Ορμονικές Εξετάσεις

Βιοψία του Ενδομητρίου

Θερμομετρικό Διάγραμμα

Υστεροσκόπηση- Λαπαροσκόπηση

### 2. Στάδια Θεραπευτικής Αντιμετώπισης της Υπογονιμότητας

Στην θεραπευτική αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, παράλληλα με την επίλυση με φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση διαφόρων προβλημάτων που αφορούν τον ορμονικό κύκλο ή ανατομικά ζητήματα που εμποδίζουν την σύλληψη ή την ομαλή εξέλιξη της κύησης, ακολουθούνται διάφορα βήματα που αποσκοπούν στην σύλληψη. Αυτά είναι συνήθως τα ακόλουθα:

- Προγραμματισμένη Επαφή
- Σπερματέγχυση
- Εξωσωματική Γονιμοποίηση

Υπάρχουν κάποιες απόλυτες ενδείξεις για την εφαρμογή Εξωσωματικής Γονιμοποίησης:

- Η έλλειψη μετά από χειρουργική αφαίρεση ή η απόφραξη των σαλπίνγων κεντρικά ή περιφερικά (υδροσάλπιγγες)
- Η έλλειψη σπερματοζωαρίων (αζωοσπερμία) η οποία και απαιτεί χειρουργική λήψη και ο πολύ μικρός αριθμός κινούμενων φυσιολογικών σπερματοζωαρίων (σοβαρή ολιγο-ασθενο-τερατοσπερμία) με συνεπακόλουθη αδυναμία γονιμοποίησης του ωαρίου.

Οι σχετικές ενδείξεις για την εφαρμογή Εξωσωματικής Γονιμοποίησης είναι:

- Η μεγάλη διάρκεια της υπογονιμότητας
- Η περασμένη ηλικία της γυναίκας
- Η ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων στις παραμέτρους του σπέρματος
- Η ύπαρξη ανεξήγητης υπογονιμότητας
- Η μη επιτυχία άλλων ηπιότερων μεθόδων (πχ πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας για προγραμματισμένη επαφή ή σπερματέγχυση)
- Η ύπαρξη βαριάς ενδομητρίωσης
- Η ανάγκη να υπάρξει προεμφυτευτική διάγνωση για β- μεσογειακή αναιμία, φυλοσύνδετα νοσήματα και ειδικά κληρονομικά νοσήματα
- Η ανάγκη να υποβληθεί η γυναίκα σε χημειοθεραπεία
- Όταν είναι αναγκαία για την τεκνοποίηση η δωρεά ωαρίων, σπέρματος και εμβρύων
- Στην περίπτωση παρένθετης μητρότητας.

Μέχρι σήμερα, έχουν ήδη γεννηθεί πάνω από 1.500.000 παιδιά παγκοσμίως με Εξωσωματική και κάποια από αυτά έχουν ήδη τεκνοποιήσει φυσιολογικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά η μέθοδος θεωρείται απόλυτα ασφαλής για τα παιδιά που θα γεννηθούν απ' αυτήν (Λαϊνάς 2006).



## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

*Οι κυριότερες επιπλοκές από την εφαρμογή της μεθόδου είναι οι ακόλουθες:*

### **Σύνδρομο Υπερδιέγερσης Ωοθηκών**

Εξωμήτριος κύηση

Πολύδυμη κύηση

Τραυματισμοί και αιμορραγίες

### **Μακροχρόνιες επιπτώσεις για την υγεία:**

Ο σκεπτικισμός ως προς αυτό το κομμάτι, αφορά τον φόβο για αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα εξωσωματικής. Παλαιότερα δεδομένα παρουσίαζαν πράγματι αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου στην ομάδα αυτή. Πάντως σήμερα η ιατρική βιβλιογραφία δεν επιβεβαιώνει ότι αυξάνουν τέτοιοι κίνδυνοι. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στην Αυστραλία όπου συμμετείχαν 29.700 γυναίκες (1999), στην Μ. Βρετανία με 5.556 συμμετέχουσες (2002), και στην Γαλλία με 92.555 γυναίκες (2004), δεν έδωσαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε καρκινοπαθείς που είχαν ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή για εξωσωματική γονιμοποίηση και σε άλλες που δεν υποβλήθει σε τέτοια διαδικασία. Ομοίως δεν έχουν βρεθεί αποτελέσματα που να πιστοποιούν αύξηση σε κρούσματα καρκίνου στα παιδιά που γεννήθηκαν από εξωσωματική (Λαϊνάς 2006).

Η πολιτική που ακολουθείται ως προς το θέμα αυτό στην Ελλάδα σήμερα, είναι ότι πριν ξεκινήσει η όποια θεραπεία της υπογονιμότητας, όλες οι γυναίκες υποβάλλονται σε τεστ Pap, ενώ για τις υποψήφιες άνω των 35 ετών συνιστάται και μαστογραφία. Τέλος σε περίπτωση ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού καρκίνου θα πρέπει να λαμβάνεται η άποψη ειδικού μαστολόγου πριν την έναρξη της θεραπείας, ανεξαρτήτως της ηλικίας της γυναίκας (Λαϊνάς 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:**

### *ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ*

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύσσονται τα διάφορα θεωρητικά σχήματα της ψυχολογίας που έχουν εφαρμοστεί στην υπογονιμότητα και παρατίθενται ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με τα ευρήματα διαφόρων ερευνών από τον χώρο αυτό. Τα δεδομένα αυτά, τόσο από την θεωρία όσο και από την έρευνα, είναι σημαντικά για την κατανόηση και του φαινομένου του ίδιου και των προεκτάσεών του κι αυτό γιατί η υπογονιμότητα δεν είναι ένα ουδέτερο φαινόμενο. Είναι μια κατάσταση δύσκολη, σύνθετη και έντονα φορτισμένη τόσο σε συναισθηματικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο, εκτός από τις πληροφορίες που παρέχει η έρευνα, σημαντικός είναι και ο τρόπος με τον οποίο διατυπώνονται οι θεωρίες. Ουσιαστικά οι θεωρίες καταγράφουν τις στάσεις των κοινωνιών απέναντι στο θέμα που τις απασχολεί, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και κοινωνική συγκυρία και για το λόγο αυτό είναι μια πολύτιμη πηγή πληροφοριών σε ότι αφορά και το ζήτημα της υπογονιμότητας και την θέση και τη θεώρηση της γυναικείας ταυτότητας. Ήδη από την καταγραφή των θεωριών για την υπογονιμότητα, διαγράφεται η πορεία της επιστημονικής σκέψης και των κοινωνικών στάσεων πάνω στα ζητήματα που απασχολούν αυτή τη δουλειά. Για τον λόγο αυτό και δίνεται μεγάλη έκταση και βαρύτητα στα σχετικά θεωρητικά και ερευνητικά πορίσματα.

#### **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

##### **1. Ψυχοδυναμικού προσανατολισμού μοντέλα**

##### **Ψυχανάλυση:**

Σύμφωνα με την κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, όταν δεν συντρέχουν οργανικοί παράγοντες που να αιτιολογούν την αδυναμία σύλληψης, η υπογονιμότητα θεωρείται μηχανισμός άμυνας καθώς θεωρείται ότι για τα υπογόνιμα άτομα που εμπίπτουν σ' αυτήν την κατηγορία, η αναπαραγωγική λειτουργία μεταφράζεται ως

δυνάμει επικίνδυνη. Άλλοι παράγοντες που κατά την ψυχανάλυση συντείνουν στην εκδήλωση προβλημάτων γονιμότητας, είναι οι άλυτες Οιδιπόδειες συγκρούσεις, οι εσωτερικές συγκρούσεις του ατόμου που αφορούν την σεξουαλική ταυτότητα, αλλά και οι σχέσεις αντιπαλότητας ανάμεσα στο άτομο και στους γονείς του (Hammer-Burns, Covington 2002, p.40).

Ως προς τις συνέπειες της υπογονιμότητας, φαίνεται ότι η εμπειρία στερεί από την γυναίκα την δυνατότητα αναπλήρωσης και τον επανορθωτικό χαρακτήρα που μπορεί να έχει η μητρότητα και που αφορά είτε στην σχέση της με την μητέρα της είτε παλαιότερες μητρικές αποτυχίες της ίδιας ή της μητέρας της κατά την ανατροφή της (Applegarth 2002, p. 167).

### **Το Μοντέλο της Ψυχογενούς Στειρότητας:**

Στις αρχές της ψυχανάλυσης στηρίχτηκε το Μοντέλο της Ψυχογενούς Στειρότητας το οποίο γνώρισε μεγάλη άνθιση κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60 και αποπειρώνταν να ερμηνεύσει, ακριβώς τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες δεν ανευρίσκονταν οργανική αιτιολογία για την υπογονιμότητα. Κατά το Μοντέλο της Ψυχογενούς Στειρότητας η γυναικεία υπογονιμότητα θεωρήθηκε ως απότοκο αλληλοσυγκρουόμενων συναισθημάτων της υπογόνιμης γυναίκας προς την μητρότητα ή προς τα πρόσωπο της μητέρας της τα οποία την εμπόδιζαν να προχωρήσει σε τεκνοποίηση και με τον τρόπο αυτό αφ' ενός να ταυτιστεί με την μητέρα και αφ' ετέρου να ενηλικιωθεί. Μάλιστα «ταυτοποιήθηκαν» και δύο τύποι προσωπικότητας που θεωρήθηκε ότι συμβάλλουν στην υπογονιμότητα: ο ένας ήταν αυτός της απόλυτα εξαρτημένης γυναίκας η οποία θεωρήθηκε ως αδύναμη, συναισθηματικά ανώριμη και η οποία έχει ανάγκη διαρκούς προστασίας. Ο άλλος τύπος θεωρήθηκε ότι είναι η πολύ δυναμική γυναίκα η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη φιλοδοξία, επιθετικότητα και δεσποτισμό. Ο τύπος αυτός γυναίκας θεωρούνταν –και σε κάποιο βαθμό θεωρείται και σήμερα- ως τύπος ανδροπρεπής και προσανατολισμένος προς την καριέρα (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 38-39· Leigh Zwick 2004, p.17-18).

Το Μοντέλο της Ψυχολογικής Ακολουθίας:

Αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η υπογονιμότητα θεωρείται ότι λόγω της δυσκολίας που ενέχει ως κατάσταση επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου αλλά και του ζευγαριού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι η ατεκνία είναι αίτιο κι όχι επακόλουθο της υπογονιμότητας (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 40). Ουσιαστικά σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ατεκνία είναι η πραγματικότητα της μη απόκτησης απογόνου και η υπογονιμότητα το σύνθετο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο που απορρέει από την μη απόκτηση του επιθυμητού παιδιού.

Θεωρία της Ψυχολογίας του Εγώ και του Εαυτού:

Βασίζεται και αυτή στις αρχές της ψυχανάλυσης. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η ακούσια ατεκνία αποτελεί ναρκισσιστικό πλήγμα για το υπογόνιμο άτομο. Το ναρκισσιστικό αυτό τραύμα βιώνεται ως προσβολή της συνοχής του Εαυτού και οδηγεί σε άγχος, κατακερματισμό και πιο αρχετυπικές μορφές οργάνωσης του Εαυτού. Οι απώλειες που επιφέρει η υπογονιμότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε απώλεια της αυτοαντίληψης του υπογόνιμου ατόμου πράγμα που οδηγεί με τη σειρά του σε βίωση συναισθημάτων ντροπής και κατάθλιψη. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρξει αλλοίωση της αυτοεικόνας του υπογόνιμου ατόμου πράγμα που για τις γυναίκες συγκεκριμένα συχνά μεταφράζεται σε αίσθημα ανεπάρκειας, στην αίσθηση ότι είναι ελλιπείς και ανίκανες να εκπληρώσουν προσωπικούς και κοινωνικούς ρόλους.

Σχετική με την θεωρία αυτή είναι και η θεώρηση της υπογονιμότητας ως κοινωνικού στίγματος λόγω του ότι στην αυτοαντίληψη του ατόμου περιλαμβάνονται η αίσθηση της απώλειας, της αποτυχίας στον ρόλο και η μειωμένη αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα τα υπογόνιμα άτομα συχνά να αισθάνονται κατώτερα σε σχέση με τους άλλους, ελλιπή και να παρουσιάζουν την τάση να υποβαθμίζουν τα επιτεύγματά τους σε άλλους τομείς της ζωής τους (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 41-42).

Επίσης η θεώρηση της υπογονιμότητας υπό το πρίσμα της σχέσης έντασης μεταξύ της υπογόνιμης γυναίκας και της μητέρας της και η θεώρηση ότι η κόρη με

την δυσκολία της να συλλάβει εκφράζει την ένταση της μητέρας, το στίγμα της υπογονιμότητας ουσιαστικά προβάλλει και στην πατρική οικογένεια και συγκεκριμένα στην μητέρα της υπογόνιμης γυναίκας. Κατά τη δεκαετία του '80 στα πλαίσια ουσιαστικά αυτού του τύπου σκέψης υποστηρίχθηκε ότι η υιοθεσία αυξάνει το ποσοστό γονιμότητας γιατί βοηθάει στην εκτόνωση της έντασης και του άγχους του ζευγαριού. Αυτού του τύπου οι θεωρίες και οι ερμηνείες, έχουν πλέον ξεπεραστεί (Leigh Zwick 2004, p.18).

## **2. Εξελικτικά μοντέλα**

### **Θεωρία της ανάπτυξης και της κρίσης:**

Πρόκειται για θεωρία που βασίζεται στο μοντέλο του Erickson. Η Menning το 1980 εφάρμοσε για πρώτη φορά το μοντέλο αυτό στην υπογονιμότητα. Σύμφωνα με την θεώρηση αυτή οι προσωπικές σχέσεις και η γονεϊκότητα ταυτίζονται με τα στάδια της οικειότητας και της παραγωγικότητας κατά Erickson. Εφ' όσον υπάρξει κρίση – όπως στην περίπτωση της υπογονιμότητας- συχνά οι προσωπικές επιθυμίες αλλά και οι κοινωνικές επιταγές που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν μεγεθύνονται (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 42-43).

Η υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται και σε αυτή και σε άλλες θεωρίες ως κρίση ζωής. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των κρίσεων είναι ότι οι συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος που έχει το άτομο, αποδεικνύονται ανεπαρκείς. Έτσι η υπογονιμότητα συχνά αντιμετωπίζεται ως άλυτο πρόβλημα που απειλεί σημαντικούς στόχους του ατόμου και φέρνει στο προσκήνιο άλλα προβλήματα του παρελθόντος. Επιπλέον σε ότι αφορά τον κοινωνικό χαρακτήρα της υπογονιμότητας, φαίνεται ότι αυτή εμποδίζει το άτομο να ακολουθήσει την πορεία των συνομηλίκων του με συνεπακόλουθα την αίσθηση μειονεξίας, κατωτερότητας, αποτυχίας και διαφορετικότητας (στιγματισμού) (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 42-43).

Ακόμα, για πολλούς ανθρώπους η απόκτηση και η ανατροφή παιδιών είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως επανορθωτική εμπειρία και ως ευκαιρία για την επίλυση ζητημάτων προηγούμενων εξελικτικών σταδίων. Με την διάγνωση της υπογονιμότητας έρχονται αντιμέτωποι με τον φόβο ότι ποτέ δεν θα μπορέσουν να έχουν αυτή την εμπειρία και την ευκαιρία (Covington 2002, p.430).

Τέλος, φαίνεται ότι η μετάβαση στην μη γονεϊκότητα, το να πάρει δηλαδή ένα ζευγάρι απόφαση ότι δεν πρόκειται να αποκτήσει παιδιά είναι εξίσου σημαντική, απαιτητική και δύσκολη διαδικασία με την παραδοσιακή μετάβαση στους ρόλους που επιτάσσει η απόκτηση παιδιών και για τα υπογόνιμα άτομα και για το ζευγάρι και για τις οικογένειες τους (Sewall 2004, p.176).

#### Η Θεωρία του Πένθους και της Απώλειας:

Οι Hammer- Burns και Covington (2002) αναφέρουν ότι η πρώτη που εφάρμοσε την θεωρία αυτή στην υπογονιμότητα ήταν η Menning το 1980. Αρχικά εφάρμοσε τη θεωρία σταδίων του πένθους της Kubler- Ross. Σύμφωνα με την Θεωρία της Απώλειας- Πένθους, τα υπογόνιμα άτομα και ζευγάρια πενθούν την απώλεια των ελπίδων και των επενδύσεων που έχουν κάνει πάνω στο παιδί που περίμεναν, την απώλεια του ελέγχου και του προγραμματισμού πάνω στην ζωή τους, την απώλεια του μέλλοντος τους έτσι όπως το είχαν προγραμματίσει και σχεδιάσει, την απώλεια της αυτοεκτίμησης και της αυτοεικόνας τους, την απώλεια της κοσμοθεωρίας τους και της εμπιστοσύνης στον έλεγχο και την δικαιοσύνη της ζωής, της υγείας, της ευημερίας, της ικανοποίησης από τη ζωή και την σχέση/ γάμο τους (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 43, 44).

Σήμερα είναι πιο αποδεκτό ένα μοντέλο φάσεων του πένθους κι όχι τόσο ευδιάκριτων σταδίων. Σύμφωνα με την θεώρηση αυτή το πενθών άτομο ή ζευγάρι, θεωρείται ότι συνήθως διέρχεται τις ακόλουθες φάσεις: μούδιασμα όταν πληροφορείται την κατάσταση, λαχτάρα και αναζήτηση λύσεων, αποδιοργάνωση και απόγνωση και τέλος αναδιοργάνωση. Η διαφορά της θεώρησης των σταδίων από την θεώρηση των φάσεων είναι ότι στην περίπτωση των φάσεων η βίωση των συναισθημάτων αυτών δεν είναι ευθύγραμμη (Hammer- Burns, Covington 2002, p.44). Είναι δυνατόν ο πενθών, να περάσει ξανά και ξανά από τις ίδιες διαδικασίες πένθους και θρήνου κάτι που είναι πιο ταιριαστό ως διαδικασία στην υπογονιμότητα δεδομένης της χρονιότητας της κατάστασης και του κυκλικού χαρακτήρα των διαδικασιών. Τα μοντέλα σταδίων έχουν δεχτεί κριτική καθώς θεωρείται ότι παραβλέπουν το ατομικό ρεπερτόριο αντιδράσεων του κάθε υποκειμένου (Leigh Zwick 2004, p.23) αφού προβλέπουν μία συγκεκριμένη και συνήθως ευθύγραμμη

πορεία μέσω της οποίας αναπτύσσονται τα συναισθήματα των υπογόνιμων ζευγαριών ως γενικό κανόνα, χωρίς να προβλέπουν τις διατομικές διαφορές.

Αντ' αυτού πρότειναν ότι η υπογονιμότητα δεν χαρακτηρίζεται από πένθος αλλά από χρόνια θλίψη όπου ο πόνος της απώλειας δεν φεύγει οριστικά αλλά επανέρχεται και πενθείται περιοδικά παρ' ότι η υπογονιμότητα μπορεί να μην αποτελεί πλέον πρόβλημα στη ζωή του ατόμου (Hammer- Burns, Covington 2002, p.45).

### **3. Γνωστικά και Συμπεριφορικά Μοντέλα**

Η Υπογονιμότητα ως Κρίση Ζωής:

Πρόκειται για θεωρία που είναι γνωστή και ως Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο. Είναι μια προσέγγιση που περιλαμβάνει στην ανάλυση της βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με το ζήτημα της υπογονιμότητας και αναδεικνύει τον ρόλο των παραγόντων αυτών στην υγεία και την ασθένεια. Όπως αναφέρουν οι Hammer- Burns και Covington (2002), ο πρώτος που χαρακτήρισε την υπογονιμότητα ως βιοψυχοκοινωνική κρίση ήταν ο Taymor. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η υπογονιμότητα συνεπάγεται την αλληλεπίδραση βιολογικών παραγόντων, ατομικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών, την φύση των ιατρικών παρεμβάσεων και τις αντιδράσεις του κοινωνικού περιγύρου του ζευγαριού (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 46). Σύμφωνα με την θεώρηση αυτή η υπογονιμότητα μπορεί να θεωρηθεί ως μια χρόνια, ανεξέλεγκτη και απρόβλεπτη στρεσογόνο κατάσταση που μπορεί να εξαντλήσει τις στρατηγικές χειρισμού τέτοιων καταστάσεων του ζευγαριού (Leigh Zwick 2004, p.40), για τον λόγο αυτό και θεωρείται κρίση ζωής.

Το Μοντέλο της Χρόνιας Ασθένειας:

Έλκει και αυτό την καταγωγή του από το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο και πρόκειται για μια προσέγγιση που φαίνεται να ταιριάζει αρκετά στον χώρο της

υπογονιμότητας καθώς η τελευταία συνεπάγεται: χρονιότητα της θεραπείας/ διαδικασίας, σωματική αδυναμία, απομάκρυνση από τον κοινωνικό περίγυρο και συχνά απουσία υποστηρικτικού δικτύου, σε πολλές περιπτώσεις αλλαγή τρόπου ζωής και απώλεια βασικών για τη ζωή των ατόμων ρόλων, διατάραξη του σχεδιασμού για το μέλλον, προσβολή της αυτοεικόνας και της αυτοεκτίμησης, απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου, αβεβαιότητα για το μέλλον, συναισθηματικά προβλήματα (πχ κατάθλιψη), ανάγκη για προσαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα αλλαγών ζωής, μόνιμη αλλαγή σωματικών λειτουργιών (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 46-47).

Το Μοντέλο του Στρες:

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό δίνεται βάση στις πλευρές εκείνες της υπογονιμότητας που αφορούν τον απρόβλεπτο χαρακτήρα που μπορεί αυτή να έχει, την ασάφεια και την έλλειψη ελέγχου και προβλεψιμότητας. Κύριοι εκπρόσωποι του μοντέλου θεωρούνται οι Stanton και Dunkel-Schetter (1991) (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 47-48).

Το μοντέλο αυτό ταιριάζει στην υπογονιμότητα καθώς σε πολλές περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται συγκεκριμένη αιτιολογία επομένως και εξήγηση και εντοπισμένη αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος και αφ' ετέρου είτε υπάρχει είτε όχι συγκεκριμένος λόγος, είναι πιθανό να αναπτυχθούν και άλλες καταστάσεις υγείας που να επιδεινώνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας και μάλιστα ακόμη κι απ' τη χρήση των ίδιων των ιατρικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται ώστε να παρακαμφθεί (Todorova & Kotzeva 2006, p.130).

Αναφορικά με το στρες, ακόμη και αν δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο σχετικά με την αιτιολογία της υπογονιμότητας –όπως έχει υποστηριχθεί παλιότερα (Leigh Zwick 2004, p.17), είναι δυνατόν να αλληλεπιδρά με άλλους παράγοντες και να επηρεάζει αρνητικά την έκβαση της προσπάθειας καθώς μπορεί να διαφοροποιήσει τις ορμονικές εκκρίσεις και να επηρεάσει την ωορρηξία (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.581).



#### 4. Θεωρίες Οικογενειακών Συστημάτων

##### Το Μοντέλο των Σταδίων της Οικογενειακής Ζωής:

Είναι ένα μοντέλο που βασίστηκε πάνω στην Συστημική Θεωρία. Σύμφωνα με αυτό, η αδυναμία απόκτησης παιδιού μπορεί να προκαλέσει σύγχυση ταυτότητας και δυσκολίες στην εδραίωση της νέας οικογένειας. Το αποτέλεσμα είναι να αυξάνει το άγχος και να επισπεύδεται η εκδήλωση κρίσης μέσα στην ευρύτερη οικογένεια. Οι Hammer- Burns και Covington (2002) σημειώνουν ότι κατά τους Matthews και Matthews (1986) η υπογονιμότητα είναι δυνατόν να αποτελέσει μεταβατικό στάδιο προς την μη απόκτηση παιδιού και την μη μετάβαση προς το αναμενόμενο στάδιο της γονεϊκότητας. Η μη μετάβαση σε μια ξεκάθαρη κατάσταση απόκτησης παιδιών και εδραίωσης της νέας οικογένειας, είναι δυνατόν να προκαλέσει σύγχυση ως προς τους ρόλους και τους στόχους ζωής, όσο και στα όρια που αφορούν τις σχέσεις του ζευγαριού και μεταξύ τους και με τις οικογένειες καταγωγής (Hammer- Burns, Covington 2002, p.49).

Στις περιπτώσεις υιοθεσίας και αναπαραγωγής με τη βοήθεια τρίτου (ειδικά αν αυτός είναι συγγενής), είναι δυνατόν να απειληθεί η αίσθηση συνέχειας της οικογένειας και να χαθούν τα όρια που διακρίνουν τις γενιές μέσα στην οικογένεια. Έτσι η ατεκνία μπορεί να χαρακτηριστεί και ως «*οικογενειακή αναπτυξιακή κρίση μεταξύ γενεών*» που εκτός απ' το υπογόνιμο ζευγάρι εμποδίζει και τους γονείς και τα αδέρφια να διέλθουν τα συνήθη στάδια της ζωής (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 48, 50).

Οι Συστημικοί θεωρούν ότι οι πιέσεις προς το υπογόνιμο άτομο είναι δυνατόν να αυξηθούν εφ' όσον αυτό είναι μοναχοπαιδί, αν είναι το τελευταίο από τα παιδιά της οικογένειας που δημιουργεί δική του οικογένεια, αν τα αδέρφια του δεν έχουν παιδιά και αν είναι επιφορτισμένος να διαιωίσει το όνομα της οικογένειας. Επιπλέον επισημαίνουν ότι το παιδί, αν και δεν έχει γεννηθεί και δεν υπάρχει ως φυσική παρουσία υπάρχει συναισθηματικά, επηρεάζοντας την δυναμική της οικογένειας (Hammer- Burns, Covington 2002, p. 48, 50).

## 5. Θεωρίες Φύλου:

Σύμφωνα με κάποιες απ' τις θεωρίες αυτές, οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από τους άνδρες από την υπογονιμότητα καθώς η μητρότητα θεωρείται για κείνες ρόλος πιο κεντρικός απ' ότι η πατρότητα για τους άνδρες. Επίσης κάποιες τέτοιες θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες θρηνούν περισσότερο την υπογονιμότητα είτε η αιτία της εντοπίζεται στις ίδιες είτε στον σύντροφο γιατί έχουν μειωμένες σε σχέση με τους άνδρες αντοχές στον σωματικό και συναισθηματικό πόνο (Hammer- Burns, Covington 2002, p.45). Άλλη εξήγηση έχει να κάνει με το ότι από αρκετούς συγγραφείς θεωρείται ότι για μια γυναίκα η επίγνωση ότι μπορεί να γεννήσει παιδιά είναι ουσιαστική για την ανάπτυξη της ιδέας της θηλυκότητας, της γυναικείας ταυτότητας και μιας υγιούς αυτοεκτίμησης (Applegarth 2002, p.167)

Επίσης παραδοσιακά θεωρείται ότι οι γυναίκες χτίζουν την αίσθηση του Εαυτού και συγκροτούνται σε επίπεδο συναισθήματος και ηθικής πάνω στην ανάπτυξη σχέσεων σε αντίθεση με τους άνδρες στους οποίους η αντίστοιχη συγκρότηση γίνεται γύρω απ' τις αρχές της διαφοροποίησης και της αυτονομίας. Έτσι η γυναικεία ηθική χαρακτηρίζεται από κάποιους συγγραφείς ως «ηθική φροντίδας» (πχ Gilligan 1982). Στο σημείο αυτό υπάρχει από πολλά χρόνια διάλογος αναφορικά με το αν υφίσταται όντως μια τέτοια διαφοροποίηση, ποιες οι αιτίες, ποια η φύση της και ποιες οι συνέπειες της. Το θέμα παρουσιάζει ευρύτερο ενδιαφέρον για τα ζητήματα που αφορούν το φύλο μέσα κι έξω απ' το χώρο της ψυχολογίας καθώς ένα σημαντικό μέρος αυτού του επιστημονικού διαλόγου γίνεται στο πλαίσιο και στο επίπεδο της *ηθικής συγκρότησης* των δύο φύλων (καθώς έχει τεθεί βέβαια και θέμα για το ποια μορφή συγκρότησης είναι ανώτερη απ' την άλλη) και έχει επιπτώσεις στο κατά πόσο στον επιστημονικό διάλογο, αλλά και στον δημόσιο χώρο αναγνωρίζεται στην γυναίκα η συμμετοχή στην υποκειμενικότητα (δηλ. το δικαίωμα να θεωρείται πλήρης, διαφοροποιημένο και δρών υποκείμενο).

Σε πολλά εγχειρίδια και άρθρα σχετικά με την υπογονιμότητα, αναπαράγεται η πεποίθηση ότι *«αυξάνουν οι ενδείξεις ότι οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν ως προς τις ψυχολογικές οπτικές γωνίες τους και τις αντιδράσεις τους απέναντι σε διάφορες εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένης και της υπογονιμότητας»* (Hammer- Burns, Covington 2002, p.45). Την ίδια στιγμή η διαπραγμάτευση και η ερμηνεία των

φαινομένων αυτών παραμένει στο επίπεδο του επιφανομένου καθώς οι θεωρίες που επιστρατεύονται για τις ερμηνείες αυτές κινούνται σαφέστατα στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνικής δομής και δεδομένων ιδεολογιών αλλά ταυτόχρονα η σχετικότητα του πλαισίου μέσα στο οποίο αναπτύσσονται δεν αναγνωρίζεται. Έτσι προβάλλονται ως αντικειμενική και εν πολλοίς αδιαπραγμάτευτη αλήθεια και κατοχυρωμένη γνώση ενώ κατ' ουσίαν απλώς ανακυκλώνουν και ενισχύουν την κυρίαρχη ιδεολογία και τις κυρίαρχες εξουσιαστικές δομές.

## **6. Φεμινιστική Κριτική και Φεμινιστικές Θεωρίες**

Οι Φεμινιστικές Θεωρίες ξεχωρίζουν από τις θεωρίες που βασίζονται στο φύλο καθώς οι θεωρίες φύλου αντιπροσωπεύουν απόψεις του κυρίαρχου επιστημονικού λόγου ενώ οι φεμινιστικές τον κριτικό τους αντίλογο. Επίσης από την πλευρά της Φεμινιστικής Ψυχολογίας γίνεται προσπάθεια εναλλακτικών ερμηνειών πάνω στα φαινόμενα με στόχο την ανάδειξη των εξουσιαστικών σχέσεων που υπάρχουν μεταξύ των φύλων στην κοινωνία μας. Για το λόγο αυτό και για το ότι οι Φεμινιστικές προσεγγίσεις ακολουθούν κατά κανόνα αρκετά διαφορετική λογική στην ανάπτυξη του επιχειρήματος και στον τρόπο διαχείρισης της έρευνας και του υλικού που προκύπτει απ' αυτήν, αναπτύσσονται ξεχωριστά.

***Ένα ζήτημα ουσίας που απασχολεί την φεμινιστική κριτική είναι ότι στον Δυτικό κόσμο, γίνεται αξιωματικά αποδεκτό ότι οι άνθρωποι διακρίνονται σε 2 φύλα και ότι το φύλο καθορίζει την συγκρότηση της ταυτότητας μας. Επίσης το κεντρικό κομμάτι της διαφοροποίησης των φύλων εκφράζεται στο σώμα και εστιάζεται στα γεννητικά όργανα. Με τον τρόπο αυτό όλοι οι κοινωνικοί ρόλοι που υιοθετούμε με βάση το φύλο, κατ' ουσίαν θεωρείται ότι είναι εξίσου «φυσικοί» όσο και το αξίωμα της βιολογικής διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πάνω στη βάση των αξιωμάτων***

*αυτών, και οι ψυχολόγοι συχνά έχουν θεωρήσει ότι το έμφυλο σώμα είναι δεδομένο, ομοίως και η έμφυλη ταυτότητα.*

*Άλλωστε όπως αναφέρουν οι Braun & Wilkinson (2005) «η νόρμα θεωρείται φύση» (Kessler 1990). Στο πλαίσιο αυτό, τα γεννητικά όργανα και η αναπαραγωγική τους λειτουργία αποτελούν το κεντρικό σημείο συγκρότησης και της έμφυλης ταυτότητας (Braun & Wilkinson 2005, p.509-514) και της τοποθέτησης μας στον (κοινωνικό) κόσμο.*

Πάνω στο δόγμα της βιολογικής και κοινωνικής διαφοροποίησης των φύλων στηρίζεται ένας συστηματικός υποβιβασμός των γυναικών από τον κυρίαρχο επιστημονικό λόγο στον ρόλο αποκλειστικά του γεννήτορα. Σύμφωνα με τον λόγο αυτό η ανατομία είναι πεπρωμένο ενώ τα μητρικά ένστικτα καθορίζουν την ύπαρξη και την φυσιολογικότητα της γυναίκας. Σε αντίθετη περίπτωση θεωρείται ανώριμη ή νευρωτική (Scully & Bart 1978, p.11). Στον λόγο αυτό θεωρείται ότι η αναπαραγωγή είναι βασικός σκοπός και η μητρότητα ο βασικός ρόλος στη ζωή μιας γυναίκας. Επίσης κατά την ίδια αυτή λογική η ταυτότητα, η αυτοαντίληψη και η αίσθηση ολοκλήρωσης στη ζωή μιας γυναίκας θεωρείται ότι προέρχονται ακριβώς από την σφαίρα του ιδιωτικού χώρου: γάμος, μητρότητα γι' αυτό και αυτές προκρίνονται κατά κανόνα ως οι βασικότερες επιλογές ζωής σε αντίθεση με τους άνδρες για τους οποίους οι αντίστοιχες διαδικασίες συμβαίνουν στον δημόσιο χώρο και κρίνονται από την επαγγελματική επιτυχία απ' όπου και προέρχεται η κοινωνική καταξίωση. Ακόμη φαίνεται ότι «ανεξάρτητα από άλλους κυρίαρχους στόχους και προσδοκίες, το κοινωνικό μήνυμα είναι σαφές: η μητρότητα είναι η πρωταρχική δουλειά στη ζωή μιας γυναίκας» (Applegarth 2002, p.169), αναπόφευκτο μέρος της φυσιολογικής πορείας της ζωής και εκπλήρωση του πρωταρχικού γυναικείου ρόλου. Ως φυσικό επακόλουθο, η ατεκνία θεωρείται έλλειψη θηλυκότητας και λάθος επιλογή για τις γυναίκες. Οι γυναίκες ενθαρρύνονται να χτίσουν την αυτοεκτίμηση και την σημαντικότητα τους πάνω στην μητρότητα η οποία την ίδια στιγμή πρακτικά απολαμβάνει χαμηλό status στην κοινωνία μας όπως άλλωστε και οι επιθυμίες των γυναικών (Sevon 2005, p.462, 472· Morell 2000).

Επιπλέον στις δυτικές κοινωνίες το να έχει μια γυναίκα παιδιά θεωρείται ως κομμάτι της φυσιολογικής θηλυκότητας (Ulrich & Weatherall 2000, p.324) και παρ' ότι σημαντικό ποσοστό των γυναικών εργάζεται και αναβάλλει την απόκτηση παιδιών η μητρότητα εξακολουθεί να παρέχει μια βασική ταυτότητα και κοινωνικό status στις γυναίκες (Ulrich & Weatherall 2000, p.324).

Κατά τη φεμινιστική κριτική, οι παραδοσιακές ψυχολογικές θεωρίες και για την υπογονιμότητα, φορτώνουν τις γυναίκες με δυσανάλογα μεγάλο μερίδιο ευθύνης και ενοχής και αίσθησης αποτυχίας, αφού διαιωνίζουν το στερεότυπο της παραδοσιακής μητρότητας και εμποδίζουν κατ' αυτόν τον τρόπο το να γίνουν αποδεκτοί ως πρώτη επιλογή άλλοι ρόλοι και άλλοι τύποι συγκρότησης του γυναικείου «Εγώ», πέρα από τους παραδοσιακούς δηλ. μέσα από την οικογένεια, τη μητρότητα και την ηθική της φροντίδας. Η κυρίαρχη ψυχολογία θεώρησε και θεωρεί σε σημαντικό βαθμό την μητρότητα θεμελιώδες συστατικό της συναισθηματικής υγείας, πληρότητας και ευτυχίας της γυναίκας, ενώ το να μην επιθυμεί μια γυναίκα να αποκτήσει παιδιά ακόμη και σήμερα σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται παθολογικό (Ulrich & Weatherall 2000, p.324). Ομοίως η διαιώνιση τέτοιων πεποιθήσεων αλλά και η ταύτιση της εκούσιας ατεκνίας με την υπογονιμότητα που οι φεμινίστριες προσπάθησαν –χωρίς πρακτικό αντίκτυπο- να τις διαχωρίσουν στο επίπεδο της έρευνας, είναι δυνατόν να δυσχεράνει την προσαρμογή πολλών ακούσια άτεκνων γυναικών (και ζευγαριών) στην πραγματικότητα μιας ζωής χωρίς δικούς τους βιολογικούς απογόνους.

***Δεν συμμερίζονται όλες οι τάσεις της φεμινιστικής κριτικής τις ίδιες απόψεις σε σχέση με την μητρότητα. Σε γενικές γραμμές οι φεμινιστικές αναλύσεις πάνω στο θέμα κινούνται σε δύο κατευθύνσεις. Η μία που εξετάσαμε μέχρι αυτό το σημείο πρεσβεύει ότι η μητρότητα χρησιμεύει ως μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου των γυναικών και ότι σε πολλές περιπτώσεις εμποδίζει τις γυναίκες να αναπτύξουν τις άλλες τους ταυτότητες και να εξελιχθούν σε ισότιμα με τους άνδρες, εξατομικευμένα και αυτόνομα υποκείμενα (Sevon***

2005, p.477· Willmott 2000, p.108). Η άλλη κατεύθυνση θεωρεί την μητρότητα βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο της γυναικείας ταυτότητας, την εκθειάζει και διεκδικεί υψηλότερο κοινωνικό status για την μητρότητα στην κοινωνία (Willmott 2000, p.108).

Ένα ζήτημα που προκύπτει και από την φεμινιστική έρευνα, είναι ότι στην προσπάθεια πολλών ερευνητριών και συγγραφέων να προωθήσουν θετικές εικόνες για την γυναικεία αναπαραγωγική λειτουργία και συγκεκριμένα για την έμμηνο ρύση, την θεώρησαν σύμβολο και φυσιολογικό δείκτη της θηλυκότητας και κρίσιμο σημείο στην θεμελίωση της γυναικείας ταυτότητας (Willmott 2000, p.112). Το ζήτημα που προκύπτει απ' αυτή την διαχείριση του ζητήματος είναι ότι εξ' ορισμού αποκλείει τις γυναίκες εκείνες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τον κύκλο τους (πχ πάσχουν από Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών και κάποιες φορές δεν έχουν καθόλου περίοδο για μήνες εκτός κι αν λάβουν φαρμακευτική αγωγή). Οι γυναίκες αυτές συνήθως έχουν πρόβλημα και να συλλάβουν. Έπειτα μια τέτοια οπτική προϋποθέτει την παραδοχή ότι υπάρχει τελικά «γυναίκα». Όμως οι κατηγοριοποιήσεις «γυναίκα» και «άνδρας» στην πραγματικότητα είναι κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις και ως εκ τούτου κατασκευές (κι όχι απαραίτητα με αρνητική έννοια), τουλάχιστον με τον τρόπο που χρησιμοποιούνται στο μεγαλύτερο κομμάτι της έρευνας και της βιβλιογραφίας.

*Επιπλέον μια τέτοια θεώρηση, ουσιαστικά θέτει την ύπαρξη περιόδου (και γονιμότητας) στην θέση όπου η κυρίαρχη ιδεολογία τοποθετεί την μητρότητα. Επομένως αντί να αλλάξουμε την δομή της θεώρησης της έννοιας «φύλο», αλλάζουμε απλώς το κομβικό σημείο αναγνώρισης του «φύλου» και κατά τα άλλα καταλήγουμε να αναπαράγουμε την υπάρχουσα ιδεολογία σχετικά με την σαφή και αδιαμφισβήτητη ύπαρξη δύο φύλων που ορίζονται από την βιολογία και πρωταρχικός τους σκοπός είναι ακριβώς η αναπαραγωγή.*

*Σε διάφορες έρευνες οι γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας, έβλεπαν την δυσκολία τους να συλλάβουν ως κάτι που τις διαχώριζε από τις «φυσιολογικές» γυναίκες. Κι αυτό είναι αναμενόμενο καθώς η εικόνα των σωμάτων με προβλήματα γονιμότητας περιλαμβάνει την έννοια της αποτυχίας. Θεωρείται ότι αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στην φύση τους και ουσιαστικά μια τέτοια θεώρηση υπονοεί ότι η υπογόνιμη γυναίκα αποτυγχάνει όχι μόνο με όρους αναπαραγωγής, αλλά και θηλυκότητας (ως γυναίκα) (Willmott 2000, p.112).*

Η υπογονιμότητα και η εκούσια ατεκνία διαταράσσουν το κανονιστικό πρότυπο της μητρότητας (Woollett, Boyle 2000, p.307) για τον λόγο αυτό και επισύρουν την περιφρόνηση και την κατηγορία της παρέκκλισης, γιατί είναι καταστάσεις απειλητικές για τα έως σήμερα αποδεκτά ήθη.

Οι φεμινίστριες συγγραφείς έχουν επισημάνει και τα ακόλουθα:

- Οι υπογόνιμες και οι στειρές γυναίκες έχουν δικαίωμα να ελέγχουν το σώμα και τις αναπαραγωγικές τους λειτουργίες και να συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα της υγείας τους (Hammer- Burns, Covington 2002, p.52).
- Συχνά κατηγορούνται για αυτές ακριβώς τις καταστάσεις που τους προκαλούν θλίψη (Hammer- Burns, Covington 2002, p.52).
- Όπως και όλες οι άλλες γυναίκες έχουν ανατραφεί με τρόπο ώστε να αξιολογούν τον εαυτό τους κυρίως μέσα από τον μητρικό ρόλο με αποτέλεσμα η αδυναμία προς τεκνοποίηση να βιώνεται όχι μόνο με θλίψη αλλά και με συναισθήματα ντροπής και κατωτερότητας (Hammer- Burns, Covington 2002, p.52).
- Συχνά τονίζεται η διαφορά με τις άλλες γυναίκες ως προς το θέμα της γονιμότητας και η καλλιέργεια αισθημάτων μειονεξίας απέναντι σε αυτές που είναι ήδη μητέρες. Όμως στην πραγματικότητα οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας και εκείνες που είναι στειρές μοιράζονται πολύ περισσότερα κοινά στοιχεία με τις γόνιμες και τις μητέρες, απ' ότι διαφορές. Έτσι οι παρεμβάσεις που σκοπό έχουν την γονιμότητα αντιμετωπίζονται από πολλές συγγραφείς ως χαρακτηριστικό παράδειγμα ιατρικής διαδικασίας όπου σχεδόν πάντα οι γιατροί είναι άνδρες και οι ασθενείς γυναίκες και επίκεντρο του θεραπευτικού ενδιαφέροντος τα γεννητικά όργανα (Hammer- Burns, Covington 2002, p.52).

Ακόμα, με τις τεχνολογίες που υπάρχουν σήμερα, μπορεί μεν να δίνεται η δυνατότητα σε όλο περισσότερες γυναίκες και ζευγάρια να αποκτήσουν απογόνους και μπορεί να έχει γίνει πλέον γνωστό και σαφές ότι δεν ευθύνονται αποκλειστικά ή κυρίως οι γυναίκες όταν ένα ζευγάρι δεν μπορεί ν' αποκτήσει παιδί, αλλά αφ' ενός οι γυναίκες παίρνουν ούτως ή άλλως στις πιο πολλές περιπτώσεις το βάρος πάνω τους για να προστατέψουν την υπόληψη του συντρόφου τους και αφ' ετέρου *«επωμίζονται την μερίδα του λέοντος της ιατρικής θεραπείας και των διαδικασιών που παραβιάζουν την ιδιωτική ζωή και το σώμα τους»* (Rosenthal & Kingsberg 2002, p.505). Το ενδιαφέρον είναι ότι και από συγγραφείς και κείμενα που δεν ανήκουν στην φεμινιστική σκοπιά αναγνωρίζεται ότι οι *«ασθενείς»* σ' αυτές τις διαδικασίες είναι σχεδόν πάντα γυναίκες *«ακόμα κι αν δεν εντοπίζεται σ' αυτές το πρόβλημα»* (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.581).



Στην κοινωνία μας η όποια εμπειρία της γυναίκας που δεν έχει αποκτήσει παιδιά (είτε από επιλογή είτε για άλλους λόγους) γίνεται αντιληπτή μέσα από ένα πρίσμα ανεπάρκειας με αποτέλεσμα ουσιαστικά να ακυρώνεται η πραγματικότητα της μη απόκτησης παιδιών. Δύσκολα σκέφτεται κανείς μια άτεκνη γυναίκα χωρίς την αίσθηση ότι κάτι της λείπει (Morell 2000, p.318). Ζωή χωρίς παιδιά θεωρείται ως μη βιώσιμη και μη ελκυστική επιλογή. Ακριβώς αυτός ο περιορισμός επιλογών ζωής για τις γυναίκες σηματοδοτεί ένα κατώτερο κοινωνικό status σε σχέση με τους άνδρες αφού η κοινωνική ιεραρχία και κυριαρχία βασίζεται ακριβώς στις υλικές δομές που δημιουργούν άνισες επιλογές και περιορίζουν τις δυνατότητες πρόσβασης σε υλικά και συμβολικά αγαθά για τις καταπιεσμένες ομάδες. Επίσης ο καθορισμός του τι θεωρείται φυσιολογικό και τι παρεκκλίνον αποτελεί το συμβολικό κομμάτι αυτής της διαδικασίας. Η άσκηση της κυριαρχίας γίνεται σε εξωτερικό επίπεδο με την άσκηση πιέσεων και επιβολή ιδρυματικών πρακτικών, ενώ σε αφαιρετικό επίπεδο εξασκείται μέσω της γλώσσας, του καθορισμού των εννοιών και της κανονικότητας και με την χειραγώγηση της συνειδητότητας (Morell 2000, p.314).

Έτσι, για την φεμινιστική ανάλυση, οι γυναίκες που καταφεύγουν στην χρήση τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αποτελούν ένα μεγάλο ζήτημα κι αυτό γιατί σύμφωνα με μια τάση θεωρείται ότι συμβιβάζονται με τις αρχές ενός πατριαρχικού συστήματος και με τον τρόπο αυτό εμποδίζουν την κατάκτηση μεγαλύτερου σεβασμού εκ μέρους της ιατρικής κοινότητας και της ευρύτερης κοινωνίας προς τις γυναίκες και τις επιδιώξεις τους. Για τον λόγο αυτό, συχνά αντιμετωπίζονται ως θύματα του συστήματος, παράλογες ή απελπισμένες (Ulrich & Weatherall 2000, p.325).

Άλλο ένα ζήτημα που αναδεικνύει η φεμινιστική κριτική είναι και ο ταξικός χαρακτήρας και ο χαρακτήρας διακρίσεων που διέπει την πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες. Οι τεχνολογίες και οι υπηρεσίες αυτές προορίζονται για τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες της μεσαίας και ανώτερης τάξης και στην περίπτωση της Ελλάδας τις έγγαμες. Για την ομάδα αυτή οι ιατρικές και οι νομικές οδοί δίνουν νέες επιλογές προς την απόκτηση παιδιού που παλαιότερα δεν υπήρχαν. Για τις γυναίκες που δεν έχουν αυτά τα προνόμια *«η λαϊκή συναίνεση και κοινωνικές πολιτικές ούτε υποστηρίζουν τις επιθυμίες τους για μητρότητα ούτε υποστηρίζουν το έργο τους ως μητέρες»* (Morell 2000, p.314). Τα συναισθήματα των άτεκνων γυναικών θεωρείται από αρκετές φεμινιστικές τάσεις ότι ως ένα βαθμό δημιουργούνται κοινωνικά, αλλά είναι δυνατόν να βιώνονται σε ατομικό- ψυχολογικό επίπεδο. Επιπλέον, μέσα από ένα

τέτοιο πρίσμα θεωρείται ότι οι αναπαραγωγικές επιλογές των γυναικών είναι σαφέστατα και βαθιά κοινωνικά προκαθορισμένες (Morell 2000, p.317, 321) και αναλόγως το κοινωνικό περιβάλλον τους τις ενθαρρύνει ή τις αποθαρρύνει να κινηθούν προς την εκπλήρωση της επιθυμίας τους για μητρότητα.

Παρά την πρωταρχικότητα και φυσιολογικότητα του μητρικού ρόλου για τις γυναίκες στην κοινωνία μας, όπως είδαμε υπάρχουν προϋποθέσεις για το ποιες μπορούν να γίνουν μητέρες στα πλαίσια του φυσιολογικού: είναι για τις παντρεμένες ή σε μόνιμη σχέση ετεροφυλόφιλες γυναίκες, με την κατάλληλη οικονομική και κοινωνική θέση οι οποίες δεν είναι ούτε πολύ νέες (πχ έφηβες), ούτε πολύ μεγάλες (Woollett, Boyle 2000, p.309). Φαίνεται ότι στην συλλογική συνείδηση υπάρχει μια «κατάλληλη» στιγμή, χρονικά περιορισμένη, κατά την οποία μπορεί κάποια γυναίκα να γίνει μητέρα. Η εκπλήρωση συγκεκριμένων κοινωνικά προκαθορισμένων προϋποθέσεων για την «σωστή» μητρότητα, ουσιαστικά υπαγορεύει στις γυναίκες το πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για να αποκτήσουν παιδί. Τέτοιες προϋποθέσεις συνήθως είναι η ηλικία, η σταθερή εργασία, ο γάμος και μια στιγμή στην εργασιακή ζωή της γυναίκας ώστε να μην ανακοπεί η εργασιακή της πορεία και να μην διαταραχτεί το επαγγελματικό της περιβάλλον από την απόφασή της (Sevon 2005, p.478, 479· Woollett & Boyle 2000). Οι γυναίκες που είναι μόνες, εκείνες που ανήκουν σε μειονότητες, οι λεσβίες, οι ανήμπορες, όσες δεν έχουν οικονομική επιφάνεια θεωρούνται λιγότερο κατάλληλες ή και εντελώς ακατάλληλες για την μητρότητα (Gillespie 2000, p.224). Ως προς το ζήτημα της «κατάλληλης» ηλικίας, φαίνεται ότι αυτό καθορίζεται σε κάποιο σημαντικό βαθμό πολιτισμικά. Στην συγκεκριμένη έρευνα, οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι το όριο αυτό συνήθως ορίζεται γύρω στα 40 έτη. Πάνω από την ηλικία αυτή οι γιατροί συχνά αποφεύγουν (κατά τα λεγόμενα τους) να αναλάβουν περιπτώσεις ή να τις ενθαρρύνουν να συνεχίσουν. Επίσης φαίνεται ότι και ο κοινωνικός περίγυρος παύει να πιέζει στον ίδιο βαθμό τις γυναίκες να αποκτήσουν παιδί μετά από την ηλικία αυτή. Πάντως πέρα από το ζήτημα της χρονολογικής ηλικίας, η «κατάλληλη» στιγμή για να γίνει μια γυναίκα μητέρα, φαίνεται ότι κυρίως έχει να κάνει με τη φάση ζωής που διανύει και με την σειρά που θεωρείται σε μια κοινωνία «φυσιολογική» για να γίνουν κάποια πράγματα (πχ στην Ελλάδα σε γενικές γραμμές για την μεσαία τάξη πρέπει πρώτα να τελειώσει η κοπέλα το σχολείο, μετά να κάνει κάποιες σπουδές, μετά να βρει μια σταθερή δουλειά και μετά να παντρευτεί και να κάνει παιδιά).

*Σε συνέχεια των προϋποθέσεων της «καλής» μητρότητας, άλλο ένα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι παρά την «φυσιολογικότητα» με την οποία περιβάλλεται και των σχετικών «ενστίκτων» στα οποία αποδίδεται, συχνά οι γυναίκες βιώνουν αμφιταλαντευόμενα συναισθήματα ως προς την απόκτηση παιδιού λόγω και της κούρασης που προκύπτει απ' τη δουλειά αλλά και από την απώλεια ελεύθερου χρόνου και προσωπικού χώρου και της ταυτότητας και της αυτονομίας τους που σχετίζονται για πολλές γυναίκες με την μητρότητα (Woollett, Boyle 2000, p.310). Οι γιατροί σήμερα, συστήνουν όλο και εντονότερα στις γυναίκες να αποκτούν νωρίτερα παιδιά, όμως αυτό που παραβλέπουν είναι ότι στην παρούσα κοινωνική συγκυρία γίνεται όλο και δυσκολότερη η απόφαση σε ότι αφορά την σωστή επιλογή της χρονικής στιγμής με αποτέλεσμα οι γυναίκες σε πολλές περιπτώσεις να βιώνουν αμφιταλαντευόμενα συναισθήματα και εσωτερική σύγκρουση και αμφιβολία σχετικά με την απόκτηση παιδιών (Sevon 2005, p.462).*

Στα τέλη της δεκαετίας του '60 και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 οι φεμινίστριες κατάφεραν να ανοίξουν την έννοια *γυναίκα* και να συμπεριλάβουν σε αυτήν διάφορες ταυτότητες. Οι κατακτήσεις αυτές όμως μπλοκαρίστηκαν από την σύγχρονη επιβολή του προτύπου της υπέρ-γυναίκας που διατηρεί τόσο τους παραδοσιακούς ρόλους όσο και τους σύγχρονους και οφείλει να αντεπεξέρχεται με επιτυχία σε όλους (Morell 2000, p.319-321) και κυρίως στον ρόλο της καλής μητέρας.

*Ο πιο ισχυρός υποστηρικτής της κεντρικότητας του μητρικού ρόλου σε ότι αφορά την κατασκευή της*

***θηλυκότητας και της υγείας στον επιστημονικό χώρο σήμερα είναι η ιατρική (Gillespie 2000, p.224). Έτσι έχει αναπτυχθεί εκ μέρους και της φεμινιστικής ψυχολογίας (και άλλων κλάδων της κριτικής ψυχολογίας αλλά και της κοινωνιολογίας) ένας δυναμικός κριτικός αντίλογος απέναντι στον ντετερμινισμό της σύγχρονης ιατρικής και στις κοινωνικές διακρίσεις που η ιδεολογία της παράγει και προάγει.***

Η γυναικολογία και η φεμινιστική κριτική:

Σύμφωνα με τις φεμινίστριες ερευνήτριες η λογική που διέπει την γυναικολογία ως επιστημονικό κλάδο είναι ότι «ο άνδρας ανήκει στον εαυτό του ενώ η γυναίκα στους άνδρες» (Scully & Bart 1978, p.11). Η γυναικολογία είναι μια ιατρική ειδικότητα στην οποία υπερ-εκπροσωπούνται οι άνδρες ενώ οι υπηρεσίες που προσφέρει απευθύνονται προς τις γυναίκες. Η δε φιγούρα του γυναικολόγου είναι εξαιρετικά ισχυρή κοινωνικά καθώς αυτός καθορίζει την φυσιολογική θηλυκότητα και σεξουαλικότητα (Scully & Bart 1978, p.12). Και οι δύο αυτές έννοιες όπως άλλωστε και πάρα πολλές άλλες έχουν δεχτεί δριμεία κριτική τόσο από την φεμινιστική έρευνα, όσο και από άλλους κριτικούς και μη κλάδους των κοινωνικών επιστημών.

Στα γυναικολογικά κείμενα μέχρι και σήμερα η γυναικεία σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σε κάποιο βαθμό ως κατώτερη της ανδρικής, ενώ αποθαρρύνεται ως αφύσικη η επιθετικότητα των γυναικών. Με τον τρόπο όμως αυτό καλλιεργείται η εντύπωση ότι το φυσιολογικό και αναμενόμενο είναι η γυναίκα να υποτάσσεται στον σύντροφο της. Τα κείμενα αυτά επίσης αντιμετωπίζουν την γυναίκα που είτε δεν θέλει, είτε δεν μπορεί να κάνει παιδιά ως εμπόδιο για τον σύντροφο της. Ο τόνος που χρησιμοποιείται κυμαίνεται από πατερναλιστικός έως ακόμη και επιθετικός προς τις γυναίκες (Scully & Bart 1978, p.12). Και η γυναικολογική έρευνα, όπως και κάθε είδος έρευνας, γνώσης και επιστήμης ακολουθεί την κοινωνική μεταβολή και υποτάσσεται στην κοινωνική και πολιτική συγκυρία. Υπό την έννοια αυτή αποτελεί

κοινωνική κατασκευή αλλά και κατασκευάζει πραγματικότητες και δημιουργεί κανονικότητες και νόρμες<sup>2</sup>.

Ένα άλλο σημείο στο οποίο εστίασε η φεμινιστική κριτική είναι ο κυρίαρχος λόγος της γυναικολογίας που αφορά τα προβλήματα γονιμότητας: έτσι αναφέρουν ότι γίνεται λόγος για *αποτυχία* μιας γυναίκας να συλλάβει, για *εχθρική* βλέννα του κόλπου κ.α. Φαίνεται λοιπόν ότι η γυναικεία υπογονιμότητα έχει κατασκευαστεί και καθοριστεί ως σωματική ανεπάρκεια, ενώ η ανδρική υπογονιμότητα περιγράφεται κατά κανόνα με πιο ήπιους όρους. Τέλος οι όροι «άγονος» και «στείρος» προσδιορίζουν την κατάσταση της υπογονιμότητας ως κατάσταση κενότητας (Ulrich & Weatherall 2000, p.324).

Η κοινωνία αποδίδει την ευθύνη για την υπογονιμότητα κυρίως στις γυναίκες οι οποίες την εσωτερικεύουν. Επίσης αποδίδει και ελλιπές κοινωνικό status και ιδίως σε κοινωνίες έντονα προσανατολισμένες προς τα παιδιά (και η Ελληνική είναι μια από αυτές). Επιπλέον η υποβολή των γυναικών έχουν δεν έχουν οι ίδιες κάποιο πρόβλημα γονιμότητας σε τόσο παρεμβατικές διαδικασίες είναι ικανή να επανακαθορίσει με πολύ ιδιαίτερο τρόπο τα όρια του σώματος άρα και την αντίληψη και την εικόνα του Εαυτού (Todorova & Kotzeva 2006, p. 137, 135).

Σε ότι αφορά την υπογονιμότητα και για το πώς γύρω απ' αυτήν σχηματίζεται μια στιγμιστική και αφύσικη κατάσταση με αιχμή τον επιστημονικό λόγο, έχει δοθεί προσοχή στον τρόπο με τον οποίο συγκροτείται ο λόγος αυτός. Έτσι παρατηρείται ότι στις περισσότερες ανατομίες στις οποίες αναπαριστώνται τα γυναικεία γεννητικά όργανα, η σεξουαλική λειτουργία συνδέεται στενά ή και υποκαθίσταται από την αναπαραγωγική λειτουργία. Επίσης η απαραίτητη αναπαράσταση της εγκυμοσύνης σε γραφήματα διευκολύνει την αυτοματοποίηση της σύνδεσης αυτής (Clarke 2003, p.35· Scully & Bart 1978). Η εν λόγω σύνδεση των δύο λειτουργιών ουσιαστικά υποδεικνύει ότι αφ' ενός ο κύριος ρόλος της γυναίκας είναι αυτός του γεννήτορα και αφ' ετέρου με την άρρηκτη σύνδεση σεξουαλικότητας και αναπαραγωγικής ικανότητας (και μάλιστα στις μέρες μας που σαφώς μπορούν να διαχωριστούν με την χρήση μέσων αντισύλληψης) προάγει την άρρηκτη σύνδεση των εννοιών της θηλυκότητας και της υγείας (και με την κυριολεκτική και με την

---

<sup>2</sup> Αναφορικά με τα παραπάνω σχόλια, στο ίδιο άρθρο των Scully & Bart παρατίθεται εν συντομία μια ιστορική πορεία των βασικότερων θέσεων της γυναικολογίας από το 1943 μέχρι το 1972 για την γυναικεία σεξουαλικότητα, αλλά και οι εξελίξεις από το 1978 μέχρι το 2007 (για τις οποίες υπάρχει πλούσιο υλικό από διάφορα αντικείμενα όπως Ιστορία, Ψυχολογία και Κοινωνιολογία) επιβεβαιώνουν και σε θεωρητικό και σε πρακτικό επίπεδο την σχέση επιστήμης, έρευνας και κοινωνίας που περιγράφεται παραπάνω.

κοινωνική έννοια της κανονικότητας) με την ικανότητα αναπαραγωγής. Ακόμη οι νέες και πολλά υποσχόμενες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δημιουργούν ερωτηματικά και φόβους για την υγεία των γυναικών (Clarke 2003, p.37).

Η ανάλυση των γυναικολογικών κειμένων αναδεικνύει ακόμη την χρήση μηχανιστικού λόγου σε ότι αφορά την αναπαραγωγή αλλά και τα προβλήματά της. Έτσι αντί να υπάρχει ένας άνθρωπος με ένα X πρόβλημα, υπάρχει ένα αντικείμενο με την X δυσλειτουργία την οποία ο γιατρός ως μηχανικός θα εντοπίσει και θα προσπαθήσει να επισκευάσει και να προλάβει πιθανή κατάρρευση του συστήματος (Marshall & Woollett 2000, p.353). Στο πλαίσιο του δυϊσμού και της μηχανιστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών, από ορισμένες ιατρικές έρευνες αμφισβητείται ο ψυχολογικός παράγοντας στα προβλήματα υπογονιμότητας και θεωρείται ότι τα συναισθήματα άγχους και θλίψης –ακόμη κι όταν αυτά συνιστούν μια πλήρη μορφή κατάθλιψης- προκαλούνται από την φαρμακευτική αγωγή των διαφόρων πρωτοκόλλων (Louks & Redman 2004, p.469). Αυτού του είδους η υποτίμηση στην συναισθηματική και κοινωνική φύση των δυσκολιών που μπορούν να προκαλέσουν, να επιδεινώσουν ή να προκληθούν από την εμπειρία της υπογονιμότητας επιβεβαιώνει αυτό που σε διάφορα πεδία των κοινωνικών επιστημών έχει κριθεί ως μηχανιστικός ιατρικός λόγος.

Πάντως, κι αν ακόμη σε διάφορες περιπτώσεις τα φάρμακα που χορηγούνται στην εξωσωματική και σε άλλες παρόμοιες θεραπείες προκαλούν τα συμπτώματα αυτά, είναι ενδεικτικό της λογικής που διέπει τις διαδικασίες αυτές ότι δεν θεωρούνται από τους γιατρούς –και κατ' επέκταση και από κάποιους ασθενείς- σοβαρές παρενέργειες παρ' ότι αποτελούν σαφείς νοσολογικές οντότητες και συχνά σοβαρές και απειλητικές για την ποιότητα ζωής ή και για την ίδια τη ζωή του ατόμου (πχ κατάθλιψη). Αυτό με τη σειρά του υποδεικνύει ότι ειδικά σ' αυτό το είδος των διαδικασιών η ποιότητα ζωής και η ευημερία όσων συμμετέχουν σ' αυτά τα προγράμματα ουσιαστικά δεν υπολογίζεται καθώς περισσότερο απ' οποιονδήποτε κλάδο στο χώρο της υγείας, φαίνεται ότι ο σκοπός αγιάζει τα μέσα. Και για τον λόγο ότι οι συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές και στάσεις απευθύνονται σχεδόν εξ' ολοκλήρου σε γυναίκες, ένα ερώτημα που παραμένει είναι το αν η φεμινιστική κριτική και οι διακρίσεις με βάση το φύλο στον χώρο της υγείας ανήκουν όντως –όπως άλλωστε θα θέλαμε να πιστεύουμε- στο παρελθόν ή όχι.

Σε ότι αφορά τις σύγχρονες ιατρικές τεχνικές και υπηρεσίες που αφορούν την αναπαραγωγή, η φεμινιστική θεωρία πρεσβεύει ότι δυστυχώς πρόκειται για

διαδικασίες που αποξενώνουν τις γυναίκες από το σώμα τους αλλά και από το παιδί που κυοφορούν και ότι μειώνουν τον έλεγχο πάνω στο σώμα και τις αναπαραγωγικές τους λειτουργίες. Έτσι παροχές που θεωρούνται διαθέσιμες επιλογές και προς το συμφέρον της γυναίκας κατ' ουσίαν επιβάλλονται και προωθούν την αντιμετώπιση των συμφερόντων της γυναίκας και ιδίως της εγκύου ως ξεχωριστό και αντιτιθέμενο με αυτό του εμβρύου που κυοφορεί ή που προσπαθεί να κυοφορήσει. Αυτό ως συνέπεια μπορεί να έχει τη θεώρηση ότι η σωματική ακεραιότητα του ενός θα πρέπει να θυσιάστεί προς χάριν του άλλου (Congress of the U.S. Office of Technology Assessment- Feminist Views of Reproductive Technologies, May 1988, p.327).

Ακόμη, συχνά επαναλαμβάνονται τα ιδεώδη της υγείας και της φυσιολογικότητας άλλα σπάνια διασαφηνίζεται τι ακριβώς περιλαμβάνουν αυτά. Μια γυναίκα που επιθυμεί να γίνει μητέρα πρέπει –για να θεωρηθεί καλή υποψήφια μητέρα- να θέσει τον εαυτό της υπό παρακολούθηση. Επίσης η σύλληψη και η εγκυμοσύνη αντιμετωπίζονται ως διαδικασίες που συμβαίνουν «βαθιά μέσα» στο σώμα (Marshall & Woollett 2000, p.352-356), επομένως στην περίπτωση δυσκολίας στην σύλληψη και το πρόβλημα βιώνεται ως εξίσου «βαθιά μέσα» στρέφοντας συναισθήματα οργής και ντροπής προς τον Εαυτό.

Ένα άλλο ενδιαφέρον σημείο, είναι τα χαρακτηριστικά της «καλής» υποψήφιας μητέρας: πρέπει να είναι παθητική, να επικεντρωθεί αποκλειστικά στην εμπειρία της εγκυμοσύνης και ουσιαστικά να παραμερίσει το πρόσωπο που ήταν πριν την εγκυμοσύνη και τις δραστηριότητες της. Θα πρέπει ακόμα να γίνει πιο πειθήνια, πιο συνεργάσιμη (Marshall & Woollett 2000, p.358-359). Από την παραπάνω περιγραφή συνάγονται τα εξής συμπεράσματα: α) η εγκυμοσύνη αντιμετωπίζεται σχεδόν σαν ασθένεια και β) στην ουσία τα ίδια ακριβώς προσόντα απαιτούνται και από τις υπογόνιμες γυναίκες ώστε να θεωρηθούν κατάλληλες για να γίνουν μητέρες, και συχνά κατηγορούνται ως ακατάλληλες από τον κοινωνικό περίγυρο για τον ρόλο αυτό (της μητέρας) επειδή τους αποδίδονται οι αντίστροφες από τις παραπάνω ιδιότητες (πχ ότι δεν προσπαθούν με όλα τα μέσα να συλλάβουν, ότι δεν συνεργάζονται με τους γιατρούς, ότι δεν πενθούν αρκετά τις αποτυχίες σύλληψης που βιώνουν, ότι δεν είναι αρκετά «χαλαρές» και δεν «ακούνε» τις συμβουλές των οικείων τους κλπ.). Επίσης η ύπαρξη και οι ανάγκες του μωρού συχνά τοποθετούνται σε ανώτερη θέση απ' αυτές της μητέρας. Έτσι οι μητέρες (ή οι υποψήφιες μητέρες) που δεν ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες συχνά θεωρούνται εγωίστριες και ανώριμες (Marshall & Woollett 2000, p.364).

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Τα κλινικά ευρήματα αφορούν στην έρευνα που έχει γίνει προκειμένου να διαπιστωθεί το αν τελικά τεκμηριώνονται στην πράξη οι θεωρητικές εικασίες περί αυξημένης ψυχοπαθολογίας στον πληθυσμό των υπογόνιμων ατόμων και σε πιο βαθμό και με ποιους τρόπους η εμπειρία της υπογονιμότητας και οι ιατρικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της είναι δυνατόν να διαταράξουν το συναίσθημα, την καθημερινότητα, τις σχέσεις και να μειώσουν την ποιότητα ζωής των υπογόνιμων ζευγαριών.

### **1. Ατεκνία και ψυχοπαθολογία**

Σύμφωνα με τις παλαιότερες θεωρίες η ψυχοπαθολογία και η αδυναμία απόκτησης παιδιού συνδέονταν. Μια δημοφιλής τάση της έρευνας αφορούσε και αφορά στους μηχανισμούς ελέγχου του στρες ως ενδιάμεσους παράγοντες στην δυσλειτουργία του ορμονικού άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια αλλά και την ύπαρξη κατάθλιψης ως παραγόντων που συνδέονται αιτιολογικά με την υπογονιμότητα. Στην πιο σύγχρονη τάση των ερευνών αυτών, η αιτιολογική αλληλουχία φαίνεται ότι έχει αντιστραφεί: πλέον ερευνάται το πώς η εμπειρία της υπογονιμότητας είναι δυνατόν να επιφέρει στρες και συναισθήματα άγχους, θλίψης και πένθους.

Ένας από τους παράγοντες που βρίσκονται υπό διερεύνηση είναι το ζήτημα του χαρακτήρα και των ατομικών αντοχών. Σε χαρακτήρες που δεν είναι ανθεκτικοί σε πίεση θεωρείται ότι είναι δυνατόν αυτού του είδους οι στρεσογόνες και ψυχοπιεστικές καταστάσεις να οδηγήσουν σε εκδήλωση αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Caruso- Klock, 2002 p.106-115)

Τα συναισθήματα δυσφορίας του ζευγαριού είναι δυνατόν να αυξηθούν περισσότερο το διάστημα που ακόμη δεν γνωρίζουν την διάγνωση και είναι στην αρχή της αναζήτησης τους (Leigh Zwick 2004, p.27) ενώ υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους έχουν βρεθεί σε ζευγάρια με ανεξήγητη υπογονιμότητα και σε



ζευγάρια με κακή πρόγνωση. Τέλος σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι μια συγκεκριμένη διάγνωση είτε θετική είτε αρνητική μείωνε το στρες (Leigh Zwick 2004, p.27).

Επίσης η διάρκεια της υπογονιμότητας έχει συσχετιστεί με το επίπεδο του άγχους των ζευγαριών αλλά και με την κατάθλιψη. Μάλιστα έχει βρεθεί ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα κορυφώνονται τον δεύτερο και τρίτο χρόνο της υπογονιμότητας (Leigh Zwick 2004, p.24). Το σημείο αυτό κορύφωσης των καταθλιπτικών συναισθημάτων φαίνεται ότι έχει να κάνει με την κοινωνική οργάνωση και δομή γιατί σε έρευνες σε ανατολικές Ισλαμικές χώρες, τα ευρήματα διαφέρουν. Εκεί φαίνεται ότι η κατάθλιψη και το άγχος βρίσκονται στο χαμηλότερο σημείο στα 1-3 χρόνια, ενώ κορυφώνεται στα 4-9 (Ramezanzadeh et al. 2004, p.6).

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι είναι δυνατόν να μην παρουσιάζεται βελτίωση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου όταν υπάρχει συνεχιζόμενη υπογονιμότητα (Leigh Zwick 2004, p.25). Στην ίδια κατεύθυνση, σύμφωνα με τα πορίσματα κάποιων ερευνών, σε πολλές περιπτώσεις, ζευγάρια που αντιμετώπισαν προβλήματα υπογονιμότητας, αλλά τελικά επέτυχαν εγκυμοσύνη, φαίνεται ότι εξακολουθούν να παρουσιάζουν παρόμοια επίπεδα δυσφορίας με τα υπόλοιπα υπογόνιμα ζευγάρια και συχνά εξακολουθούν να προσλαμβάνουν και να θεωρούν τον εαυτό τους ως υπογόνιμο (Leigh Zwick 2004, p.25). Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η απόκτηση παιδιού δεν λύνει απαραίτητα και τα ζητήματα αυτοεκτίμησης, ούτε αποκαθιστά την αυτοεικόνα που είχαν τα υπογόνιμα άτομα πριν μάθουν για την υπογονιμότητα. Αυτό ενδεχομένως έχει να κάνει και με το ότι συχνότατα η υπογονιμότητα συνδέεται με συγκεκριμένες οργανικές καταστάσεις οι οποίες παρακάμπτονται με τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά δεν επιλύονται απαραίτητα, ακόμη κι αν το ζευγάρι αποκτήσει τελικά παιδί.

Σύμφωνα με πορίσματα άλλων ερευνών, κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων εξωσωματικής το συναίσθημα που προεξάρχει είναι το άγχος κι όχι η θλίψη. Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι πριν από την προσπάθεια, οι υπογόνιμες γυναίκες παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, αλλά τα καταθλιπτικά συναισθήματα αυξήθηκαν ακόμη περισσότερο μετά από αποτυχία των προσπαθειών (Leigh Zwick 2004, p.25).

***Σε ότι αφορά το στρες στις γυναίκες, σύμφωνα με κάποιες έρευνες έχουν βρεθεί αυξημένοι σωματικοί δείκτες***

στρες σε γυναίκες που βρίσκονταν σε διαδικασία IVF, παρ' όλ' αυτά δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στις αυτο-αναφορές στρες και την επίτευξη εγκυμοσύνης (Panagoroulou, Vedhara, Gaintartzi, Tarlatzis 2006). Επίσης, η δυσφορία του ζευγαριού είναι δυνατόν να σχετίζεται με το ποιος απ' τους δύο έχει την διάγνωση της υπογονιμότητας. Όταν το εμπόδιο εντοπίζεται στον άνδρα, είναι δυνατόν να προκαλέσει οργανική δυσλειτουργία ή και ανικανότητα εξ' αιτίας των αισθημάτων δυσφορίας που προκαλεί. Σύμφωνα με μια έρευνα των Connolly και συνεργατών (1992) που αναφέρεται από τον/την Leigh Zwick (2004) όταν το αίτιο εντοπιζόταν στον άνδρα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες δυσκολίες στον γάμο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Παρ' ότι τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν από άλλες μεταγενέστερες έρευνες, εκείνο που σταθερά παρατηρείται είναι ότι τα επίπεδα δυσφορίας και στρες εξ' αιτίας της υπογονιμότητας στις γυναίκες είναι υψηλά –και μάλιστα υψηλότερα από των ανδρών- ανεξάρτητα από το σε ποιόν απ' τους δύο εντοπίζεται η αιτία του προβλήματος (Leigh Zwick 2004, p.26). Πάντως, ενδιαφέρον είναι ότι οι υπογόνιμες γυναίκες σε διάφορες έρευνες εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με τις γυναίκες που πάσχουν από χρόνια και καταληκτικά νοσήματα όπως πάσχουσες από καρδιολογικά νοσήματα, καρκίνο και HIV/AIDS. Σε σχετική έρευνα, η μόνη ομάδα που δήλωσε

***υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο (Leigh Zwick 2004, p.26· Domar et al.1993).***

Τα στάδια εκείνα που έχουν χαρακτηριστεί ως τα πλέον στρεσογόνα τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες είναι η περίοδος αναμονής των αποτελεσμάτων της εξωσωματικής και τελικά η αρνητική απάντηση, ενώ ως στάδια με λιγότερο στρες χαρακτηρίζονται το διάστημα που αποφασίζουν να συμμετέχουν στην διαδικασία της εξωσωματικής και η περίοδος μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας (Stanton, Hammer- Burns 2002, p.245).

Σημαντικό σημείο στην κατανόηση των συναισθημάτων άγχους και θλίψης αλλά και στην παθολογική έκφρασή τους είναι και η κατανόηση των πολλαπλών κοινωνικών λειτουργιών και παραγόντων που εκφράζονται μέσα από την επιθυμία και την ικανότητα για τεκνοποιία στην κοινωνία μας. Για τους περισσότερους ανθρώπους η γέννηση παιδιών αποτελεί σημαντικό κομμάτι της αντίληψης που έχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους για τον ανδρισμό και την θηλυκότητα. Επιπλέον στην κοινωνία μας συχνά η απόκτηση παιδιών παρουσιάζεται ως το νόημα της ζωής και σε πολλές περιπτώσεις αυτή είναι και η βάση πάνω στην οποία χτίζεται μια σχέση. Έτσι όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υπογονιμότητας είναι πιθανό και η σχέση του ζευγαριού να δοκιμαστεί όπως επίσης και οι σχετικές με το φύλο και τον εαυτό πεποιθήσεις του ατόμου (Applegarth 2002, p.167).

Η τεκνοποιία επιπλέον αποτελεί αναπτυξιακό ορόσημο και εισαγωγή του ζευγαριού στον κόσμο των ενηλίκων (Caruso- Klock, 2002 p.106-115). Αν και η υπογονιμότητα δεν είναι μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή και σύμφωνα με την τρέχουσα έννοια της ασθένειας δεν είναι εύκολο να χαρακτηριστεί ως τέτοια, εν τούτοις είναι μια κρίση που σχετίζεται με την υγεία και συνοδεύεται από έντονο στρες το οποίο όμως συνδέεται στις περισσότερες περιπτώσεις με κοινωνικούς παράγοντες όπως ότι το ζευγάρι αδυνατεί να διέλθει το αναπτυξιακό ορόσημο της τεκνοποίησης και να συμβαδίσει με τις κοινωνικές προσδοκίες για την ηλικία και την θέση του. Άλλος παράγοντας που αυξάνει το στρες είναι η παρεμβατική φύση των θεραπειών και των διαδικασιών και η χρονιότητα τους. Παρ' ότι η υπογονιμότητα δεν είναι μια κατάσταση που προκαλεί ανημπόρια ωστόσο ο συναισθηματικός της αντίκτυπος θεωρείται αντίστοιχος με αυτόν μιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004 p.581).

## 2. Συναισθήματα

Εκτός από την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης αλλά και των *αισθημάτων* θλίψης που συχνά εκδηλώνονται στις καταστάσεις αυτές, συχνό συναίσθημα που συνδέεται με την εμπειρία της υπογονιμότητας είναι ο θυμός. Ο θυμός αυτός μπορεί να στρέφεται ενάντια στους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ζευγαριού επειδή αδυνατούν να καταλάβουν ή να δώσουν την υποστήριξη που χρειάζεται το άτομο και το ζευγάρι, μπορεί επίσης να αποδοθεί γενικά στους Άλλους (καθώς είναι ένα μάλλον δύσκολο συναίσθημα) ή τέλος να στραφεί προς τον Εαυτό οπότε και συνήθως καταλήγει σε κατάθλιψη (Hoenk- Shapiro 2002, p.230).

Επιπλέον η εμπειρία της υπογονιμότητας και τα συναισθήματα αδυναμίας, θλίψης και ανικανότητας που σε κάποιο βαθμό βιώνουν τα υπογόνιμα άτομα συχνά επηρεάζουν την αυτοεικόνα τους. Φαίνεται ότι τα υπογόνιμα άτομα υιοθετούν το πρόβλημα όχι ως μέρος της ταυτότητας τους, αλλά ότι συχνά το ανάγουν σε ταυτότητα τους: *δεν έχουν ένα πρόβλημα, είναι το πρόβλημα* (Newton 2002, p.214). Η ταυτότητα του υπογόνιμου Εαυτού είναι δυνατόν να επισκιάσει ακόμα και ολόκληρο τον Εαυτό (Todorova & Kotzeva 2006, p.129). Σύνηθες επακόλουθο είναι να αισθάνονται ότι τελικά δεν τα καταφέρνουν σε κανένα τομέα της ζωής τους τόσο καλά όσο θα επιθυμούσαν αλλά και πολλές φορές η εντύπωση ότι και οι Άλλοι τους υποτιμούν και δεν εκτιμούν τα επιτεύγματα τους.

***Αναφέρεται επίσης ότι οι γυναίκες με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια που καταφεύγουν στην αποδοχή δωρεάς ωαρίων είναι πιθανότερο να εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση τους σε σχέση με λήπτριες ωαρίων που καταφεύγουν στην λύση αυτή για άλλους λόγους (Greenfeld 2004, p.53).***

Τέλος στην βιβλιογραφία έχει βρεθεί ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας είναι πιο ικανοποιημένοι όταν αισθάνονται ότι ο

γιατρος τους, δίνει προσοχή τόσο στην σωματική τους υγεία, όσο και στην ψυχολογική τους κατάσταση (Caruso- Klock, 2002 p.106-115). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία του συναισθήματος στις καταστάσεις αυτές, καθώς και τις αυξημένες ανάγκες για φροντίδα που πολλοί άνθρωποι παρουσιάζουν σε τέτοιες καταστάσεις.

### 3. Πένθος

Το πένθος στην υπογονιμότητα είναι δυνατόν να αφορά είτε μια περιγεννητική απώλεια του παιδιού, είτε μια αποβολή ή ακόμα και την αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης. Εκτός από το πένθος που αφορά το παιδί κατά οποιονδήποτε από τους παραπάνω τρόπους, το πένθος έχει και μια ευρύτερη έννοια που αφορά τον Εαυτό και τις ναρκισσιστικές απώλειες που σηματοδοτεί η διάγνωση της υπογονιμότητας.

Στην περίπτωση των υπογόνιμων ζευγαριών που μετά από επιτυχή σύλληψη αναγκάζονται για λόγους υγείας του εμβρύου να κάνουν άμβλωση, οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις είναι το πένθος, το αίσθημα απώλειας, η θλίψη, η κατάθλιψη και η δυσφορία (Hammer-Burns, LeRoy 2002, p.395-396). Μάλιστα υπάρχουν και ζευγάρια που επιθυμούν να συνεχίσουν την κύηση ενός εμβρύου με γενετικά ή άλλα προβλήματα, λόγω του φόβου ότι ενδέχεται να μην επιτύχουν άλλη κύηση στο μέλλον (Hammer- Burns, LeRoy 2002, p.397).

Σε ότι αφορά την απώλεια της κύησης, το είδος της απώλειας δεν φαίνεται να επηρεάζει τα αισθήματα θλίψης και το πένθος. Όμως όταν χρειάζεται να μεσολαβήσουν ιδιαίτερα παρεμβατικές ιατρικές διαδικασίες, είναι δυνατόν να υπάρξει σοβαρός αντίκτυπος στην εικόνα του Εαυτού και του σώματος (Hammer-Burns, LeRoy 2002, p.422).

Στους θανάτους σε γενικές γραμμές η θλίψη είναι *αναδρομική*, αφορά δηλ. τις στιγμές που πέρασε κανείς με τον εκλιπόντα και αφορά πραγματικά περιστατικά που έλαβαν χώρα. Όταν η απώλεια είναι περιγεννητική, η θλίψη και το πένθος αφορούν τα όσα έχει επενδύσει κανείς πάνω στο βρέφος. Αφορούν τις ελπίδες, τις προσδοκίες και τις σχετικές με το παιδί και το μέλλον του φαντασιώσεις. Επίσης αναφέρεται ότι η ναρκισσιστική φύση μιας τέτοιας απώλειας επηρεάζει τη βίωση του πένθους και σε ότι αφορά την μητέρα είναι δυνατόν εκείνη να βιώσει «έντονη ενοχή, ντροπή, φθόνο,

*οργή και αυτοκατηγορία»* (Covington 2002, p. 426) συναισθήματα που συνήθως δεν βιώνονται σε άλλου είδους απώλειες. Επιπλέον το περιγεννητικό πένθος δεν αναγνωρίζεται ιδιαίτερα στην κοινωνία μας με αποτέλεσμα να υπάρχουν σχετικά λίγοι κοινωνικά αποδεκτοί τρόποι εκδήλωσης του με συνεπακόλουθη την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, την σχετική σιωπή γύρω απ' το θέμα και την ένταση των συναισθημάτων ντροπής και αποτυχίας ειδικά για τις γυναίκες (Covington 2002, p. 426, 427). Μάλιστα φαίνεται ότι η ίδια η συνειδητοποίηση της υπογονιμότητας είναι δυνατόν να ξεκινήσει διαδικασίες προδρομικού πένθους το οποίο εκφράζεται με συναισθηματική αποστασιοποίηση από τον αρχικό δεσμό με το φαντασιωσικό παιδί. Πρόκειται για έναν τύπο πένθους που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Applegarth 2002, p.170).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία θεωρείται ότι οι άνδρες και οι γυναίκες βιώνουν και αντιμετωπίζουν με διαφορετικό τρόπο την απώλεια κι ακόμη ότι όταν υπάρξουν επαναλαμβανόμενες αποβολές η καθεμιά βιώνεται με ξεχωριστό τρόπο και έχει διαφορετικό νόημα απ' τις υπόλοιπες (Covington 2002, p. 422, 429). Οι γυναίκες στις σχετικές έρευνες αναφέρουν ότι βιώνουν περισσότερη κακουχία και συναισθηματικά και σωματικά, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν συνήθως δυσκολίες συγκέντρωσης, κοινωνική απόσυρση και αυξημένη χρήση οιοπνευματωδών (Covington 2002, p.422).

Το πένθος από την αποτυχία σύλληψης δεν διευκολύνει και η λογική που κυριαρχεί στις δυτικά προσανατολισμένες κουλτούρες ότι η απώλεια σηματοδοτεί μη ύπαρξη. Οι υπογόνιμοι και ιδίως οι γυναίκες συχνά προσδιορίζονται από την *απουσία* του παιδιού (Morell 2000, p.318).

Μια επόμενη επιτυχής κύηση και γέννηση είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως επανορθωτική εμπειρία για την γυναίκα και να συμβάλει σημαντικά στην επίλυση των συναισθημάτων που προκαλεί η περιγεννητική απώλεια (Covington 2002, p.430). Παρ' όλ' αυτά η βιασύνη μιας γυναίκας να μείνει έγκυος προκειμένου να ξεπεράσει την απώλεια, είναι μια απόφαση που μπορεί να επηρεάσει την σχέση της με το επόμενο παιδί (Covington 2002, p.430).

***Τέλος, σε περίπτωση αποτυχίας της προσπάθειας για την απόκτηση παιδιού, έχει φανεί ότι όσο περισσότερο καιρό προσπαθεί μια γυναίκα να συλλάβει με διαδικασίες***

***υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τόσο περισσότερο καιρό πενθεί για την αποτυχία των προσπαθειών αυτών (Sewall 2004, p.182).***

#### 4. Αλλαγές ζωής - Απώλεια ελέγχου

Η υπογονιμότητα είναι μια εμπειρία κατά την οποία για πρώτη ίσως φορά, οι άνθρωποι που την βιώνουν δεν μπορούν με τις προσπάθειες τους να ελέγξουν την κατάσταση και να νιώσουν σιγουριά ως προς το αποτέλεσμα. Πρόκειται για μια διαδικασία που καταρρίπτει την διαδεδομένη στον δυτικό κόσμο πεποίθηση ότι μπορεί κάποιος να πραγματοποιήσει οποιονδήποτε στόχο –και κυρίως έναν πολύ επιθυμητό στόχο- με σκληρή δουλειά (Caruso- Klock, 2002 p.106-115).

***Οι Stanton και Hammer- Burns (2002) αναφέρουν ότι ο Litt και οι συνεργάτες του σε έρευνα τους (1992) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά συναισθήματα μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής. Οι ερευνητές συνέδεσαν το εύρημα με την απώλεια ελέγχου στη ζωή τους που βιώνουν οι γυναίκες στο στάδιο αυτό (Stanton, Hammer- Burns 2002, p.247).***

Στην αίσθηση απώλειας ελέγχου συμβάλλουν και οι τρόποι αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Οι ιατρικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι παρεμβατικές στη φύση τους όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο, αλλά και διαταρακτικές ως προς την σεξουαλική ζωή του ζευγαριού, την διαχείριση του χρόνου, το βάρος των οικονομικών υποχρεώσεων, την αδυναμία των εμπλεκόμενων ατόμων και κυρίως των γυναικών να αφιερώσουν αρκετό χρόνο στην εργασία. Επίσης είναι δυνατόν να αποτελέσουν εμπόδιο στην επαγγελματική εξέλιξη των υπογόνιμων γυναικών ή να σημαίνουν ακόμη και αδυναμία να εργαστούν. Θεωρείται ακόμη ότι οι θεραπείες αυτές μειώνουν την αυτοεκτίμηση και είναι δυνατόν να ασκήσουν πιέσεις και να διαταράξουν τις ισορροπίες του γάμου (Caruso- Klock, 2002 p.106-115).

Ακόμη όμως κι αν οι αλλαγές ζωής δεν είναι τόσο έντονες ή ακόμη κι αν οι προσπάθειες ευοδωθούν σύντομα, το κάθε άτομο αναγκάζεται ν' αναθεωρήσει τις προηγούμενες απόψεις του για την ζωή, τον κόσμο και τη θέση που έχει μέσα σ' αυτόν αλλά και την ικανότητα και την δυνατότητα που τελικά έχει αυτός και ο σύντροφος του να διαχειριστούν τα πράγματα (Caruso- Klock, 2002 p.106-115)

*Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν οι αλλαγές στην καθημερινότητα των γυναικών όταν μπαίνουν σε διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει ο ελεύθερος χρόνος στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την κατάσταση. Σε σχετική έρευνα, φάνηκε ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας απορρόφησε ολοκληρωτικά τις γυναίκες εκείνες που είχαν στην διάθεσή τους ελάχιστο ή και καθόλου ελεύθερο χρόνο. Οι αλλαγές που επήλθαν στο πρόγραμμα των γυναικών που ακολούθησαν διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επηρέασαν αρνητικά τον τρόπο αξιοποίησής του ελεύθερου χρόνου. Επιπλέον σε πολλές περιπτώσεις η ικανοποίηση που λάμβαναν οι γυναίκες από τον ελεύθερο χρόνο τους περιορίστηκε καθώς την ίδια στιγμή ένιωθαν κοινωνικά απομονωμένες εξ' αιτίας της υπογονιμότητας. Οι αλλαγές συνηθειών και η μείωση ικανοποίησης από τον ελεύθερο χρόνο έχει να κάνει σε πολλές περιπτώσεις και με την αύξηση των εξόδων του ζευγαριού εξ' αιτίας της διαδικασίας αλλά και με την αναγωγή της επίτευξης εγκυμοσύνης σε στόχο που επισκιάζει όλες τις άλλες πλευρές της ζωής. Επιπλέον αλλαγές στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου έφερνε και η αποφυγή καταστάσεων που*



*υπενθύμιζαν την υπογονιμότητα ή έκαναν τις γυναίκες να νιώθουν υποδεέστερες σε σχέση με άλλες γυναίκες του περιβάλλοντος τους που ήταν ήδη μητέρες. Αυτό σε κάποιες περιπτώσεις συνεπάγεται απομάκρυνση απ' όλο τον κοινωνικό κύκλο του ζευγαριού (Parry & Shinen 2004, p.303-305) και συνεπακόλουθη απομόνωση.*

#### 5. Κριτήρια για την έναρξη ή συνέχιση της διαδικασίας

Η έρευνα έχει δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις τα υπογόνιμα ζευγάρια υπερεκτιμούν τις πιθανότητες επιτυχίας των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και παίρνουν τις σχετικές αποφάσεις βασιζόμενοι περισσότερο στην προσωπική τους αντίληψη περί αποτελεσματικότητας και επιβάρυνσης και λιγότερο στην πραγματική αξιολόγηση τυχόν κινδύνων (Hammer- Burns, LeRoy 2002, p.405). Αυτό δεν αποκλείεται να έχει να κάνει με ελλιπή ενημέρωση αφ' ενός και με την αξιολόγηση του αποτελέσματος –δηλ. της απόκτησης παιδιού- πάνω από τις τυχόν συνέπειες –πχ συνέπειες υγείας. Ακριβώς στο σημείο αυτό εγείρονται ερωτηματικά που αφορούν το γιατί τελικά η επίτευξη του στόχου μπορεί να μπει πάνω απ' την ευημερία του ζευγαριού ή κι απ' την υγεία και τη ζωή της γυναίκας. Επίσης, σημαντικό κίνητρο για την συνέχιση των προσπαθειών μπορεί να είναι ο φόβος της μοναξιάς και ο φόβος των υπογόνιμων ατόμων ότι αν δεν εξαντλήσουν όλα τα διαθέσιμα μέσα και περιθώρια ενδέχεται να το μετανιώσουν σε μεγαλύτερη ηλικία (Sewall 2004, p.188).

#### 6. Κίνητρα

Σε γενικές γραμμές, από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι τα κίνητρα των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας για την απόκτηση παιδιού

είναι παρόμοια με των υπολοίπων ζευγαριών. Παρ' όλ' αυτά τα κίνητρα είναι δυνατόν να διαφοροποιηθούν όταν ο χρόνος περνά και το πρόβλημα δεν επιλύεται.

Άλλο θέμα που αναδεικνύεται είναι ότι είναι δυνατόν το ζευγάρι να μπαίνει σε προσπάθεια παρακινούμενο από τα κίνητρα ή τις πιέσεις του κοινωνικού του περιβάλλοντος, ή ο ένας από τους συντρόφους ουσιαστικά να πιέζει τον άλλο να μπουν στην διαδικασία (Rosenthal, Kingsberg 2002, p.512).

Ακόμη, και σήμερα εξακολουθεί σε πολλές περιπτώσεις να παρατηρείται πίεση από τον κοινωνικό περίγυρο προς το άτεκνο ζευγάρι προκειμένου να τεκνοποιήσει. Επίσης επιμένουν στερεότυπα που χαρακτηρίζουν το άτεκνο ζευγάρι και κυρίως την άτεκνη γυναίκα ως εγωκεντρική και ουσιαστικά τους χρεώνουν ότι *επιλέγουν* να μην αποκτήσουν παιδί. Για τον λόγο αυτό και τα άτεκνα ζευγάρια συχνά πιέζονται να λογοδοτήσουν και να δικαιολογηθούν σχετικά με το ότι δεν έχουν παιδιά και όταν αποφασίζουν να σταματήσουν την προσπάθεια και σχετικά με την απόφαση τους αυτή (Sewall 2004, p.187).

## **7. Σεξουαλικότητα**

Η διάγνωση της υπογονιμότητας έχει συνδεθεί με διαταραχές στην σεξουαλική ζωή του ζευγαριού αλλά και με προβλήματα που αφορούν την αυτοεικόνα των συντρόφων σε ότι αφορά και ζητήματα της σεξουαλικότητας τους. Από τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι συχνά οι άνδρες νιώθουν λιγότερο αρρενωποί και οι γυναίκες λιγότερο θηλυκές αλλά και ανολοκλήρωτες όταν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υπογονιμότητας (Hammer- Burns 2002, p.276). Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι για την σεξουαλική απομάκρυνση των συντρόφων συνήθως ευθύνεται η ίδια η ιατρική διαδικασία καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις τα αρχικά στάδια περιλαμβάνουν για ένα διάστημα προγραμματισμένες επαφές που κάποιες γυναίκες και σ' αυτήν την έρευνα τις περιέγραψαν ως χειρότερη διαδικασία από την ίδια την εξωσωματική, αλλά και το βάρος της διάγνωσης της υπογονιμότητας που διαταράσσει την εικόνα των συντρόφων για τον Εαυτό και την σεξουαλικότητα τους.

Αν και είναι δυνατόν η υπογονιμότητα να αναδείξει μακροχρόνια προβλήματα στην σχέση αλλά και σεξουαλικά προβλήματα, συνήθως είναι η φύση της θεραπείας που επιφέρει προβλήματα και στις σεξουαλικές επαφές αλλά και δυσκολίες στην σχέση του ζευγαριού καθώς υπάρχει έντονη πίεση για κατά παραγγελία επαφές και «επιδόσεις». Τα προβλήματα που είναι δυνατόν να προκύψουν από την πίεση αυτή είναι δυνατόν να φτάσουν μέχρι περιστασιακή ανικανότητα ή καθυστερημένη εκσπερμάτιση κατά τις γόνιμες μέρες και περιστασιακή ανοργασμία (Parry & Shiner 2004, p.304).

Καθώς η σεξουαλική δραστηριότητα είναι μια διαδικασία που από πολύ κόσμο βιώνεται ευχάριστα και ως μια δραστηριότητα που δεν φέρει το βάρος της υποχρέωσης, όταν λόγω των διαδικασιών μετατρέπεται σε προγραμματισμένη υποχρεωτική απασχόληση, είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά και την ποιότητα της σχέσης και την ποιότητα και την άντληση ευχαρίστησης από τον ελεύθερο απρογραμματιστό χρόνο του ζευγαριού (Parry & Shiner 2004, p.304). Επίσης σύμφωνα με κλινικές αναφορές υπάρχουν ζευγάρια που αρχίζουν να αποφεύγουν το σεξ γιατί τους υπενθυμίζει το πρόβλημα (Leigh Zwick 2004, p.21). Το στρες που προκαλεί η θεραπεία, έχει βρεθεί ότι συνεισφέρει σε διάφορες σεξουαλικές δυσλειτουργίες, ενώ το άγχος και η μείωση του αυθορμητισμού έχουν συσχετιστεί με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον και μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση (Leigh Zwick 2004, p.21).

Παλαιότερα είχε υποστηριχθεί ότι οι υπογόνιμες γυναίκες ενδεχομένως θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν πιο συγκρατημένες σεξουαλικά από τις γόνιμες και λιγότερο προσαρμοσμένες σεξουαλικά απ' αυτές (Leigh Zwick 2004, p.14). Οι απόψεις αυτές –οι οποίες δεν φάνηκε να υποστηρίζονται από την μετέπειτα έρευνα (Leigh Zwick 2004, p.14), αντανakλούν σαφώς την στενή σύνδεση και σχεδόν ταύτιση της γυναικείας σεξουαλικότητας και υγείας με την αναπαραγωγή που κυριαρχεί μέχρι και σήμερα στον ιατρικό λόγο και στο αντικείμενο της γυναικολογίας.

## 8. Σχέση- γάμος

Η υπογονιμότητα είναι δυνατόν –και συνήθως συμβαίνει- να πυροδοτήσει μια σοβαρή κρίση στην ζωή του ζευγαριού και στην μεταξύ του σχέση. Η κρίση είναι δυνατόν να οφείλεται σε πολλούς λόγους, αλλά συνήθως η υπογονιμότητα και οι άκαρπες προσπάθειες για την απόκτηση παιδιού λειτουργούν ως αφορμή για να βγουν στην επιφάνεια και άλλου είδους δυσκολίες της σχέσης. Σε ότι αφορά λοιπόν τον αντίκτυπο των θεραπειών και της διαδικασίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην σχέση του ζευγαριού έχουν βρεθεί τα εξής:

Σε κάποιες έρευνες υψηλότερη συζυγική δυσαρέσκεια εκδήλωσαν οι γυναίκες εκείνες που είχαν μέτριο αριθμό αποτυχημένων προσπαθειών. Τόσο αυτές που είχαν λίγες ή καθόλου αποτυχίες, όσο και εκείνες που είχαν μεγάλο αριθμό αποτυχιών ανέφεραν λιγότερη συζυγική δυσαρέσκεια απ' αυτές με τον μέτριο αριθμό. Με βάση τα ευρήματα αυτά υποστηρίχθηκε η ύπαρξη μιας θεωρίας σταδίων σύμφωνα με την οποία η όλη εμπειρία της υπογονιμότητας αποτελεί μια διαδικασία. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και ειδικά για τις γυναίκες φαίνεται ότι η συζυγική δυσαρέσκεια είναι απαραίτητο στάδιο για την αποδοχή του προβλήματος και τελικά την βελτίωση της συζυγικής σχέσης (Newton 2002, p.200).

***Ακόμη, σύμφωνα με διάφορες έρευνες οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα ότι δέχονται συναισθηματική στήριξη από τον σύζυγο σε σχέση με το αντίστροφο κι ακόμη ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες κρίνουν αυτόν τον τρόπο συναλλαγής ως ικανοποιητικό (Newton 2002, p.207). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τους ευρύτερους κοινωνικούς ρόλους των δύο φύλων. Σύμφωνα με την πιο παραδοσιακή αντίληψη που απ' ότι φαίνεται σε μεγάλο βαθμό επιβιώνει και στις μέρες μας, η γυναίκα είναι πρωταρχικά μητέρα και εξαρτημένο μέλος, ενώ ο άνδρας παίρνει τον ρόλο του δυνατού και του προστάτη και οι δυνατότητες του να θρηγήσει τις κοινές απώλειες του ζευγαριού, περιορίζονται δραστικά.***

Σύμφωνα με κάποια ευρήματα, φαίνεται ότι όσο περισσότερο καιρό το ζευγάρι βρίσκεται σε θεραπεία, τόσο η κρίση που βιώνει παρατείνεται (Παπαδοπούλου 2003). Ακόμη, πολύ συχνά, όταν το πρόβλημα εντοπίζεται στον ένα από τους δύο συντρόφους, ο υπογόνιμος σύντροφος είναι δυνατόν να αισθάνεται υπεύθυνος για την ταλαιπωρία του συντρόφου του και να φοβάται ότι ο/η σύντροφος θα τον/την εγκαταλείψει ή θα νιώθει πικρία για το γεγονός (Caruso Klock 2002, p.116) ή ακόμα να φοβάται ότι τα συναισθήματα αποδοκιμασίας και η πικρία είναι δυνατόν να δημιουργήσουν μόνιμα απόσταση στη σχέση (Newton 2002, p.214) ή και διάλυση της σχέσης.

Τα συναισθήματα οργής, θλίψης και αυτοκατηγορίας που συχνά δοκιμάζει εκείνος απ' τους συντρόφους στον οποίο εντοπίζεται το πρόβλημα, είναι δυνατόν να γίνουν εντονότερα όταν η υπογονιμότητα οφείλεται σε παράγοντες που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί (πχ κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα). Στην περίπτωση αυτή είναι δυνατόν να υπάρξουν σοβαρά προβλήματα στη σχέση ειδικά αν μια τέτοια διαπίστωση γίνει αφορμή να αποκαλυφθεί κάποια εξωσυζυγική σχέση του ενός απ' τους συντρόφους (Hammer- Burns 2002, p.281).

Τέλος, συμβαίνει κάποιες φορές ένα ζευγάρι να αναζητά θεραπεία υπογονιμότητας για να καλύψει κενά στη σχέση του ή για να διασφαλίσει ότι η σχέση θα συνεχιστεί με την γέννηση ενός παιδιού. Συνήθως στην περίπτωση αυτή βιάζονται να ξεκινήσουν και νιώθουν ιδιαίτερη πίεση και αγωνία σχετικά με το αποτέλεσμα της προσπάθειας (Caruso- Klock, 2002 p.106-115).

## 9. Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους

Οι Jordan και Revenson (1996) διαπίστωσαν ότι από τις 8 στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος της υπογονιμότητας, οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερο από τους άνδρες τις ακόλουθες 4:

- αναζήτηση κοινωνικής στήριξης
- αποφυγή του προβλήματος
- προγραμματισμένη επίλυση προβλημάτων
- θετική αναπλαισίωση

*Οι γυναίκες κατά την ίδια έρευνα παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής έντασης από τους άνδρες. Ενδεχομένως το ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν περισσότερο απευθύνονται στον έλεγχο του συναισθήματος να έχει να κάνει ακριβώς με τα υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας που αναφέρουν (Jordan & Revenson 1999, p.353).*

*Επίσης οι γυναίκες είναι δυνατόν να:*

- *απομακρύνονται από τις καταστάσεις εκείνες που τους υπενθυμίζουν την υπογονιμότητα*
- *προσπαθούν με διάφορους τρόπους να ανακτήσουν τον έλεγχο*
- *προσπαθούν να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση τους με το να ελέγξουν ό,τι περισσότερο μπορούν στη ζωή τους και να γίνουν οι καλύτερες σε ό,τι μπορούν όπως πχ στην δουλειά ή σε θέματα εμφάνισης*
- *προσπαθούν να βρουν κάποιο «κρυφό» μήνυμα στην υπογονιμότητα*
- *παραδίδονται στα συναισθήματα που βιώνουν*
- *συζητούν το πρόβλημα με τρίτους (Stanton, Hammer- Burns 2002, p.255).*

*Οι γυναίκες επίσης φαίνεται ότι όταν εμφανίζονται τα προβλήματα γονιμότητας, έχουν την τάση να ανησυχούν περισσότερο και να κατηγορούν τον εαυτό τους περισσότερο για την κατάσταση σε σχέση με τους άνδρες (Applegarth*

2002, p.168· Jordan & Revenson 1999, p.344). Το γεγονός ότι οι γυναίκες σχεδόν πάντα υφίστανται την όποια διαδικασία απαιτείται ανεξάρτητα απ' το αν το πρόβλημα εντοπίζεται σ' αυτές ή όχι δικαιολογεί και το ότι στις διάφορες έρευνες εμφανίζονται πιο αγχωμένες από τους άνδρες σχετικά με την υπογονιμότητα και ότι φαίνεται επίσης να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό ως προς την αυτοεκτίμηση τους και την αίσθηση θηλυκότητας (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.581· Jordan & Revenson 1999, p.344). Άλλη μια πιθανή ερμηνεία έχει να κάνει με το ότι για τις γυναίκες ο μηνιαίος κύκλος και πιο συγκεκριμένα η εμφάνιση της περιόδου σηματοδοτεί μια τακτικότατη υπενθύμιση της εγκυμοσύνης που επιθυμούν αλλά δε επέτυχαν. Ίσως από μόνο του το γεγονός αυτό να δυσκολεύει τις γυναίκες να αποστασιοποιηθούν από το ζήτημα της υπογονιμότητας (Leigh Zwick 2004, p.19, 25).

Η υπογονιμότητα που οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα φαίνεται ότι στιγματίζει περισσότερο (καθώς συνδέεται συχνά με σεξουαλική ανικανότητα). Το αποτέλεσμα είναι συχνά οι γυναίκες να παίρνουν πάνω τους το βάρος της υπογονιμότητας είτε έχουν και οι ίδιες κάποιο ζήτημα, είτε όχι. Ακόμη κι αν υπάρχει από την μεριά της γυναίκας κάποιος πολύ μικρός παράγοντας είναι πολύ πιθανό ότι αυτός θα καθοριστεί από το ζευγάρι ως ο κύριος παράγοντας της υπογονιμότητας του. Επίσης δεν είναι σπάνιο οι γυναίκες να

*υποβάλλονται σε θεραπείες με τις οποίες νιώθουν άβολα ή τις φοβούνται για να προστατέψουν την αυτοεικόνα του συντρόφου τους και τη σχέση τους. Μάλιστα είναι δυνατόν οι άνδρες να αρνούνται την διάγνωση και τις επιπτώσεις της ανδρικής υπογονιμότητας όπως και τεχνολογίες απόκτησης παιδιών τα οποία δεν συγγενεύουν γενετικά με τους ίδιους και θεωρείται ότι σπάνια ένας άνδρας ζητάει θεραπεία για αναπαραγωγικά προβλήματα (Hummer- Burns, LeRoy 2002, p.380· Sewall 2004, p.172· Jordan & Revenson 1999, p.344).*

#### **Κοινωνική στήριξη**

*Οι γυναίκες παρουσιάζουν την τάση να συζητούν το πρόβλημα της υπογονιμότητας περισσότερο από τους άνδρες με πρόσωπα του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (γονείς και αδέρφια) ενώ οι άνδρες συνήθως περιορίζονται στην συζήτηση με την σύζυγό τους (Stanton, Hammer- Burns 2002 p.254· Jordan & Revenson 1999, p.353). Επίσης φαίνεται ότι γενικότερα οι γυναίκες κινητοποιούνται περισσότερο από τους άνδρες καθώς φαίνεται να συμμετέχουν περισσότερο από αυτούς σε ομάδες υποστήριξης (Stanton, Hammer- Burns 2002 p.254), να αναλαμβάνουν πιο ενεργά την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων (Applegarth 2002, p.168) και να κινητοποιούν τα κοινωνικά τους δίκτυα πιο άμεσα σε περιόδους κρίσης (Jordan & Revenson 1999, p.353).*



*Σε αντίθεση με τους άνδρες, οι γυναίκες από πολύ νεαρή ηλικία κοινωνικοποιούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να βρίσκονται σε επαφή με τα βαθύτερα συναισθήματα τους και να τα επικοινωνούν. Επίσης φαίνεται ότι τα κοινωνικά δίκτυα των γυναικών είναι λιγότερο εκτεταμένα από των ανδρών, αλλά πιο πολύμορφα και υποστηρικτικά από αυτά των ανδρών ειδικά σε θέματα υγείας (Jordan & Revenson 1999, p.353).*

*Απομάκρυνση από περίγυρο*

*Αν και συνήθως οι γυναίκες σε καταστάσεις κρίσεων κινητοποιούν τα κοινωνικά τους δίκτυα, δεν είναι σπάνιο στην πορεία της υπογονιμότητας, κάποια στιγμή να απομακρυνθούν απ' αυτά. Αυτό συμβαίνει γιατί το να μην μπορεί να επιτύχει μια γυναίκα εγκυμοσύνη συνδέεται σε αρκετές περιπτώσεις με χαμηλότερο κοινωνικό status σε σχέση με άλλες γυναίκες που είναι μητέρες. Ο φόβος ότι θα αντιμετωπιστούν ως υποδεέστερες, ο κακός χειρισμός ή και η επιθετικότητα εκ μέρους ενός κοινωνικού περιγύρου που δεν μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες του υπογόνιμου ζευγαριού, αλλά και συναισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, η ζήλια προς γυναίκες του περιβάλλοντος όπως συγγενείς και φίλες που συνέλαβαν, όπως αναφέρεται σε ορισμένες έρευνες, οδήγησαν κάποιες γυναίκες να αποστασιοποιηθούν από τον κοινωνικό*

*τους περίγυρο και να νιώσουν κοινωνικά απομονωμένες (Parry & Shinenew 2004, p.305).*

*Ένας άλλος παράγοντας απομάκρυνσης από τον περίγυρο είναι το να υπάρχουν σ' αυτόν πολλά μικρά παιδιά. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους και όχι σπάνια, είναι κάτι που συμβαίνει αμοιβαία τόσο από την πλευρά του υπογόνιμου ζευγαριού, όσο και από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Οι ίδιες οι γυναίκες συχνά νιώθουν ότι πρέπει να απομονωθούν από την κοινωνική τους ζωή γιατί νιώθουν ότι δεν έχουν θέση σε ένα κόσμο παιδοκεντρικό (Todorova & Kotzeva 2006, p.130). Επίσης είναι δυνατόν να νιώθουν ότι τα πρόσωπα του κοινωνικού τους περιγύρου τονίζουν την διαφορά με έμμεσους τρόπους όπως είναι πχ το να συζητάνε συνέχεια για παιδιά και για θέματα που αφορούν τα παιδιά, πράγμα που οι υπογόνιμες γυναίκες είναι δυνατόν να εισπράξουν και ως έμμεση μορφή επιθετικότητας. Η αποστασιοποίηση από τον κοινωνικό τους περίγυρο που αναφέρουν σε διάφορες έρευνες είναι κάτι που συνήθως συμβαίνει σε καταστάσεις οι οποίες θεωρούνται στιγματιστικές και πιθανολογείται ότι έχει να κάνει περισσότερο με το φόβο του ατόμου ότι οι άλλοι το βλέπουν ως διαφορετικό παρά με το πραγματικό στίγμα ή την απόρριψη (Todorova & Kotzeva 2006, p.130).*

## *Επικέντρωση στο πρόβλημα*

*Οι γυναίκες φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα ως μια τόσο ισχυρή και ανεξέλεγκτη αποτυχία στο ρόλο τους, ώστε νιώθουν ότι δεν τους επιτρέπει να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Έτσι στις αντίστοιχες έρευνες φάνηκε ότι παρουσίαζαν την τάση να αποτραβηχτούν από τα περιβάλλοντα και τις πλευρές εκείνες της ζωής που έχουν να κάνουν με τη γονιμότητα μεταξύ άλλων και για να επικεντρωθούν αποκλειστικά στο πρόβλημα της υπογονιμότητας (Hoenk-Shapiro 2002, p.232). Αν και αρχικά φαίνεται πιο εύκολο και λογικό σε πολλές γυναίκες να επικεντρωθεί κανείς στο πρόβλημα της υπογονιμότητας απ' ότι να προσπαθήσει να διατηρήσει ισορροπίες ανάμεσα σ' αυτό και σε άλλες πτυχές της ζωής του, μακροπρόθεσμα τέτοιου είδους αντιμετώπιση τις εμποδίζει απ' το να λάβουν ικανοποίηση από άλλους τομείς της ζωής τους πράγμα που μεταφράζεται σε περισσότερες αρνητικές επιδράσεις στη ζωή τους. Πρακτικά λοιπόν φαίνεται ότι σε ένα τέτοιο πλαίσιο η έντονη αναζήτηση πληροφοριών, στήριξης και ελέγχου είναι δυνατόν να είναι αναποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.588· Panagoroulou, Vedhara, Gaintartzi, Tarlatzis 2006).*

*Επίσης από τις έρευνες αυτές φάνηκε ότι οι γυναίκες προκειμένου να ξεπεράσουν το πρόβλημα γονιμότητας δεν*

*υπολόγιζαν το ενδεχόμενο κόστος όσο υψηλό κι αν ήταν αυτό. Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι ίσως επειδή οι γυναίκες ήταν πιο προσανατολισμένες στη θεραπεία απ' ό τι οι άνδρες και βίωναν την εμπειρία ως αποτυχία στο ρόλο τους, τελικά και τα δύο μέρη του ζευγαριού έδειχναν σαφή τάση να θεωρήσουν το πρόβλημα του ζευγαριού, πρόβλημα της γυναίκας (Hoenk-Shapiro 2002, p.232).*

*Μια πιθανή απάντηση στο γιατί οι γυναίκες είναι πιο προσανατολισμένες στην διαδικασία της εξωσωματικής, ενδεχομένως βρίσκεται σε μια μελέτη που έκανε η Woollett το 1991 και αναφέρει η Sevon (2005) αναφορικά με το τι σκέφτονται οι υπογόνιμες γυναίκες που δεν έχουν παιδιά για την μητρότητα. Βρήκε κάποια σημεία της μητρότητας που δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο την απουσία του παιδιού:*

- Η μητρότητα θεωρείται «φυσιολογική» και απαραίτητη για την δημιουργία μιας φυσιολογικής και πλήρους γυναικείας ταυτότητας (Sevon 2005, p.463).*
- Η μητρότητα αποτελεί μια πολύ ισχυρή κοινωνική προσδοκία για τις γυναίκες που είναι παντρεμένες ή σε σταθερές ετεροφυλοφιλικές σχέσεις (Sevon 2005, p.463).*
- Ο προβληματισμός δεν αφορά τόσο το αν μια γυναίκα θα αποκτήσει παιδί, αλλά κυρίως το πότε και υπό ποιες ακριβώς συνθήκες (Sevon 2005, p.463).*

*Αποτελεσματικότητα ανδρικών και γυναικείων στρατηγικών*

***Ένα ζήτημα που τίθεται σε αρκετές έρευνες είναι το ποιες είναι οι στρατηγικές εκείνες που τελικά αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των δυσάρεστων συναισθημάτων και καταστάσεων που προκύπτουν από την εμπειρία της υπογονιμότητας.***

Στρατηγικές που αναφέρονται σε διάφορες έρευνες είναι η έκφραση δυσφορίας, η αποφυγή του προβλήματος, η απόσπαση προσοχής και η μείωση της έντασης και γενικά στρατηγικές που στοχεύουν στην ρύθμιση του συναισθήματος και τις οποίες χρησιμοποιούν συνήθως οι γυναίκες. Η έρευνα συνδέει τις στρατηγικές αυτές με χειρότερη ψυχική υγεία (Jordan & Revenson 1999, p.345). Πιο συγκεκριμένα, οι αντιδράσεις αποφυγής και η αυτοκατηγορία ως αντιδράσεις, φαίνεται ότι προκαλούν μεγαλύτερα συναισθηματικά προβλήματα και συντελούν σε αυξημένη ψυχολογική πίεση (Stanton, Hammer- Burns 2002, p.248). Ως προς την αποφυγή, αναφέρεται ότι αν και φαίνεται βραχυπρόθεσμα χρήσιμη διαδικασία, μακροπρόθεσμα όχι μόνο δεν βοηθά αλλά στα άτομα που την χρησιμοποιούν εμφανίζεται τελικά μεγαλύτερη ένταση από εκείνη που βιώνουν τα άτομα που εξ' αρχής αντιμετωπίζουν το πρόβλημα (Stanton, Hammer- Burns 2002, p.248, 254).

***Οι στρατηγικές αυτές διαφέρουν σε σχέση με τις αντίστοιχες των ανδρών που στοχεύουν συνήθως στην επίλυση του προβλήματος και την γνωστική αναδόμηση και θεωρούνται γενικά πιο προσαρμοστικές. Μια πιθανή εξήγηση για την διαφορά στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τα δύο φύλα, είναι οι διαφορετικοί παράγοντες που προκαλούν στρες στους άνδρες και στις γυναίκες: οι γυναίκες αναφέρουν συνήθως παράγοντες που έχουν να κάνουν με διαπροσωπικές σχέσεις και υγεία ενώ οι άνδρες με εργασία (Jordan &***

***Revenson 1999, p.345). Πάντως κάποιες έρευνες υποδεικνύουν ότι συχνά οι γυναίκες επωφελούνται από τις εστιασμένες στο πρόβλημα και την λύση του στρατηγικές των συντρόφων τους (Leigh Zwick 2004, p.43).***

Σε μεταγενέστερες έρευνες με πιο λεπτομερείς διακρίσεις μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης, βρέθηκε ότι με χαμηλότερη προσαρμογή σχετίζονταν οι στρατηγικές που αποσκοπούσαν στην διαχείριση ή στην αποφυγή του προβλήματος. Αντίθετα με καλύτερη προσαρμογή συσχετίστηκαν οι στρατηγικές αξιολόγησης του προβλήματος και προσέγγισης του συναισθήματος (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.582). Η αντίληψη της χρονιότητας της κατάστασης συσχετίστηκε με την αίσθηση λιγότερου ελέγχου και τον φόβο σοβαρότερων συνεπειών. Παρ' όλα αυτά οι συνέπειες και η σοβαρότητα τους φάνηκε ότι δεν σχετίζονταν με τον βαθμό απώλειας του ελέγχου. Οι αντιλήψεις αναφορικά με τον χρόνο που θα χρειαζόταν για την επίλυση του προβλήματος, η αίσθηση λιγότερου ελέγχου και ο φόβος σοβαρότερων συνεπειών όπως ήταν αναμενόμενο σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Επίσης οι πεποιθήσεις για τον χρόνο που θα απαιτούνταν προκειμένου να διευθετηθεί το πρόβλημα και της εκτίμησης των συνεπειών βρέθηκε να συσχετίζεται με την χρήση στρατηγικών διαχείρισης του προβλήματος, ενώ ο βαθμός στον οποίο τα υποκείμενα ένιωθαν ότι ελέγχουν την κατάσταση βρέθηκε να συσχετίζεται με τα συναισθηματικά επακόλουθα. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας επίσης, βρέθηκε ότι με μεγαλύτερη δυσφορία και με χειρότερη ποιότητα ζωής συσχετίζονταν οι τρόποι διαχείρισης που έστρεφαν τον θυμό προς τον εαυτό ενώ η φροντίδα του εαυτού σχετίζονταν με καλύτερη ποιότητα ζωής (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.585, 586).

Σε συνέχεια των παραπάνω, έχει βρεθεί επίσης ότι τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες που πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα είναι μια κατάσταση ανεξέλεγκτη και τυχαία, παρουσιάζουν χαμηλότερη προσαρμογή. Επίσης όσο περισσότερο σχετιζόμενο με την υπογονιμότητα στρες βιώνουν, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και εσωτερικό έλεγχο έχουν και τόσο μεγαλύτερη διαπροσωπική σύγκρουση παρουσιάζουν (Leigh Zwick 2004, p.43).

***Η αίσθηση χαμηλότερου ελέγχου πάνω στην διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή πάνω στις***

*συναισθηματικές αντιδράσεις βρέθηκε ότι συσχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.582). Επίσης βρέθηκε ότι οι σχετικές με την υπογονιμότητα αναπαραστάσεις των γυναικών σχετίζονται με τον τρόπο διαχείρισης του στρες: οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα ως απώλεια είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν ενεργητικά και με θετική σκέψη την κατάσταση σε σχέση με τις γυναίκες εκείνες που την αντιμετωπίζουν ως πρόκληση, απειλή ή ως κάτι μη αγχογόνο (Benyamini, Gozlan, Kokia 2004, p.582).*

*Στο σημείο αυτό όμως τίθενται ζητήματα σχεδιασμού των ερευνών αυτών, γιατί συχνά προβάλλουν ως αποτελεσματικότερες τεχνικές αντιμετώπισης των δυσάρεστων και στρεσογόνων συναισθημάτων που απορρέουν από την υπογονιμότητα, στρατηγικές που χρησιμοποιούν συχνότερα οι άνδρες για να διαχειριστούν αυτού του είδους τα προβλήματα. Έτσι προκύπτουν ερωτηματικά σχετικά με το κατά πόσο στον ερευνητικό σχεδιασμό λαμβάνεται τελικά υπ' όψιν η εμπειρία των γυναικών ή κατά πόσο αγνοείται. Ο σχεδιασμός των ερευνών και τα σημεία στα οποία δίνουν βάρος στις συσχετίσεις και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους ίσως δικαιολογούν και τα αντικρουόμενα αποτελέσματα πάνω στο ζήτημα της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι γυναίκες.*

*Οι Gibson και Myers εξετάζοντας τον τρόπο και την ποιότητα του σχετίζεσθαι, βρήκαν ότι τόσο η χρήση του κοινωνικού περιγύρου ως στρατηγική αντιμετώπισης όσο και ο τρόπος σχετίζεσθαι, συνεισφέρουν σημαντικά στις διακυμάνσεις του στρες της υπογονιμότητας (αφού θεωρείται ότι οι γυναίκες προσδιορίζονται μέσα από τις σχέσεις τους με την ανάπτυξη σχέσεων τρυφερότητας και φροντίδας) και ότι όσο αυξάνει η στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο τόσο μειώνεται το στρες. Ιδιαίτερα σημαντική και αποτελεσματική βρέθηκε να είναι η στήριξη από τον σύζυγο και την οικογένεια. Οι ερευνήτριες θεωρούν πιθανό η υποστήριξη αυτή να επισκιάζει την σημασία των σχέσεων φροντίδας (Gibson & Myers 2002).*

*Αν και η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στις γυναίκες και σε μια φεμινιστική οπτική πάνω στο θέμα των ιατρικών παρεμβάσεων στην υπογονιμότητα, δεν θα ήταν δυνατόν να μην γίνει μια μικρή έστω αναφορά στην υποτίμηση και την αποστασιοποίηση που υφίστανται και οι άνδρες ως υποψήφιοι πατέρες. Η γυναίκα μπαίνει στους χώρους που λαμβάνουν χώρα οι διαδικασίες μόνη ενώ ο άνδρας υποχρεώνεται σε απουσία, σε απόσταση από τις διαδικασίες και από την στιγμή που θα εκχωρήσει το σπέρμα του το οποίο και γίνεται το επίκεντρο της προσοχής και της αξιολόγησης, ουσιαστικά παύει να υπάρχει ως φυσικό πρόσωπο γι' αυτές τις διαδικασίες (Todorova & Kotzeva 2006, p.132) ενώ το παιδί*



***του μεσολαβεί κάποιος άλλος (και συνήθως άνδρας) για να το αποκτήσει.***

Σε ότι αφορά τα συναισθήματα των ανδρών και η εμφάνισή τους στις έρευνες να εκδηλώνουν μικρότερη δυσφορία από τις γυναίκες ενδεχομένως έχει να κάνει με το ότι το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας επικεντρώνεται στην εμπειρία των γυναικών και στο ότι οι γυναίκες είναι πιθανότερο να συμμετέχουν σε έρευνες σε σχέση με τους άνδρες (Jordan & Revenson 1999, p.344). Σύμφωνα με την φεμινιστική οπτική, μια άλλη πιθανότητα είναι ότι εφ' όσον οι διαδικασίες επικεντρώνονται στις γυναίκες, είναι πιθανό κάποιοι άνδρες να παρουσιάζουν έλλειμμα ενσυναίσθησης με αποτέλεσμα να υποτιμούν την παρεμβατικότητα και τον ταπεινωτικό χαρακτήρα που ενέχουν πολλές απ' αυτές τις διαδικασίες. Έτσι ο ενθουσιασμός που υπάρχει και από την ιατρική κοινότητα και από την κοινή γνώμη γι' αυτές τις διαδικασίες είναι σε αρκετές περιπτώσεις άτοπος (Congress of the U.S. Office of Technology Assessment: Feminist Views, May 1988, p.327).

Ενδιαφέρον τέλος είναι ότι σύμφωνα με κάποια δεδομένα, φαίνεται ότι τα ζευγάρια που ζουν μαζί (παντρεμένα ή όχι) είναι πιθανό να παρουσιάζουν περισσότερες ομοιότητες απ' ότι διαφορές στους τρόπους με τους οποίους προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους (Jordan & Revenson 1999, p.345).

10. Η στάση των γυναικών απέναντι στις γυναικολογικές εξετάσεις

***Οι διερευνητικές εξετάσεις και οι ιατρικές παρεμβάσεις που αφορούν την υπογονιμότητα, περιλαμβάνουν διαδικασίες οι οποίες μπορούν να είναι συναισθηματικά φορτισμένες και να προσλαμβάνονται από τις γυναίκες ως ιδιαίτερα παρεμβατικές, ταπεινωτικές ή και προσβλητικές. Ο δύσκολος χαρακτήρας των γυναικολογικών εξετάσεων είναι κάτι που καταγράφεται όχι μόνο στις έρευνες που αφορούν την***

*υπογονιμότητα, αλλά και σε έρευνες που αφορούν γενικά τα γυναικολογικά προβλήματα και τις γυναικολογικές εξετάσεις. Έτσι σε έρευνα για τον καρκίνο των ωοθηκών, ένα 17% των γυναικών που συμμετείχαν ένιωσαν ντροπιασμένες από τις γυναικολογικές εξετάσεις και ένα 18% ένιωσαν άβολα κατά τη διάρκεια τους (Sheppard, Fry, Rush, Steel, Cull 2000, p. 31).*

*Άλλη έρευνα που διερευνούσε τις στάσεις των γυναικών απέναντι στην γυναικολογική εξέταση, καταγράφει ότι ένα 45% των γυναικών που προσήλθαν για προγραμματισμένη γυναικολογική εξέταση ένιωθαν αισθήματα ταπείνωσης και το 9% εξ' αυτών τα ένιωθε πολύ έντονα. Επίσης για αρκετές γυναίκες ένα ζήτημα που τις απασχολούσε ήταν ο πόνος κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Με πιο αρνητικό τρόπο περιγραφόταν η πρώτη εξέταση του είδους (Barbro, Mats, Berndt 1998, p. 422- 423).*

Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς, η χρήση τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συχνά μπορεί να είναι εκτός από άβολη ακόμα και τραυματική για την γυναίκα. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι απαραίτητα καταστροφική ή να έχει συμβολικό χαρακτήρα (Applegarth 2002, p.168).

#### 11. Οι συνέπειες των προσπαθειών

Οι συνέπειες αυτές αφορούν την υγεία, τη σχέση με το παιδί αλλά και την ανταπόκριση του υπογόνιμου ατόμου σε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του και ειδικά όταν οι προσπάθειες αυτές χρονίσουν ή και δεν αποδώσουν.

Μετά από μακροχρόνιες θεραπείες για την υπογονιμότητα η βιβλιογραφία αναφέρει ότι είναι δυνατόν να δημιουργηθούν ιατρογενείς καταστάσεις που να επιδεινώνουν περαιτέρω το πρόβλημα. Αυτό αφορά περισσότερο τις γυναίκες καθώς σ' αυτές γίνονται οι περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις (Todorova & Kotzeva 2006, p.130).

*Ένας άλλος προβληματισμός αφορά τον δεσμό που αναπτύσσεται με το παιδί που περιμένει ένα ζευγάρι μετά από την εμπειρία της υπογονιμότητας. Συχνά ο δεσμός αυτός καθυστερεί ειδικά αν έχουν υπάρξει πολλές αποτυχημένες προσπάθειες ή κυήσεις που δεν ολοκληρώθηκαν στο παρελθόν κι αυτό γιατί σε πολλές περιπτώσεις μοιάζει απίστευτο το ότι τελικά υπάρχει το παιδί, ενώ αντίθετα βιώνεται πολύ έντονα ο φόβος ότι μπορεί να χαθεί (Hummer- Burns, LeRoy 2002, p.383-384). Έτσι η καθυστέρηση της επένδυσης πάνω στο παιδί, συχνά χρησιμοποιείται από τους γονείς ως συναισθηματική άμυνα.*

*Παρά το ότι συχνά συναντάται η παραπάνω άμυνα, τελικά δεν είναι σπάνιο να υπάρξει μια υπερβολική επένδυση εκ μέρους της υποψήφιας μητέρας που έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα υπογονιμότητας τόσο προς το παιδί που περιμένει, όσο και προς την έννοια της μητρότητας. Κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι όταν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας γίνονται τελικά μητέρες, σε πολλές περιπτώσεις βρίσκουν την μητρότητα πιο δύσκολη και κουραστική απ' ότι την περίμεναν (Woollett, Boyle 2000,*

***p.310). Συχνό επακόλουθο της διαπίστωσης αυτής είναι η απογοήτευση και έντονα αισθήματα ενοχής προς το παιδί.***

Τέλος οι μακροχρόνιες προσπάθειες για απόκτηση παιδιού με εξωσωματική ενδέχεται να καταλήξουν προβληματικές γιατί από ένα σημείο και μετά δεν επιτρέπουν ούτε να συμβιβαστεί κανείς με την πραγματικότητα που βιώνει, ούτε να εξετάσει άλλες πιθανές λύσεις. Επιπλέον δεν αφήνουν το συναισθηματικό τραύμα να επουλωθεί. Το κόστος ενός τραύματος που δεν κλείνει και μιας θλίψης που δεν επιλύεται, μπορεί να φτάσει μέχρι την απώλεια κι άλλων σημαντικών πεδίων στη ζωή του υπογόνιμου ατόμου όπως η απώλεια του γάμου ή της σχέσης και της καριέρας ή σημαντικών Άλλων αφού τα υπογόνιμα άτομα και ζευγάρια σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζουν τάσεις απομονωτισμού και επικέντρωσης στο πρόβλημα τους (Sewall 2004, p.179).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

### ΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στον χώρο της ιατρικής και συγκεκριμένα στο αντικείμενο της γυναικολογίας τις τελευταίες δεκαετίες, απ' τη μια δημιουργεί νέες δυνατότητες για βοήθεια στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν προβλήματα αναπαραγωγής και τα οποία υπό διαφορετικές συνθήκες δεν θα μπορούσαν να ξεπεραστούν, απ' την άλλη όμως δημιουργεί νέα ερωτηματικά, προβληματισμούς και ηθικά διλήμματα. Επιπλέον οι διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν είναι απαραίτητο να βιώνονται πάντα θετικά. Αλλά όπως η απόκτηση ενός παιδιού δεν είναι μια πράξη ουδέτερη, ακόμη περισσότερο δεν είναι η αδυναμία απόκτησης του.

#### **A. ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

Στόχος αυτής της δουλειάς, είναι με βάση τα πορίσματα της έρευνας και τους σχετικούς προβληματισμούς να δώσει ερμηνείες και να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

- 1. Γιατί θεωρείται φυσιολογικό και λογικό το γυναικείο σώμα περισσότερο από το ανδρικό να γίνεται αντικείμενο ιατρικών παρεμβάσεων με στόχο την αναπαραγωγή;***

Το ερώτημα αφορά περισσότερο τη λογική του πράγματος και λιγότερο τις διαδικαστικές αιτίες. Αφορά στο γιατί θεωρούμε *λογικό* και πολλές φορές *επιβεβλημένο* να γίνεται χρήση ιατρικών τεχνολογιών τόσο μονόπλευρων ως προς την στόχευση τους, τη στιγμή μάλιστα που δεν υπάρχει κάποια αντίστοιχη διαδικασία για τους άνδρες σε κανέναν κλάδο της ιατρικής. Αφορά στο ιδεολογικό υπόβαθρο που νομιμοποιεί τη χρήση των μεθόδων αυτών στη συνείδηση της κοινωνίας μας και κάνει την προσφυγή στα ιατρικής φύσεως μέσα επιβεβλημένη ανάγκη και αυτονόητη πολλές φορές επιλογή για τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα.

*2. Ποια είναι τα κίνητρα που ωθούν μια γυναίκα να ξεκινήσει διαδικασία εξωσωματικής ή να εμμείνει στην προσπάθεια της;*

Πίσω από την απόφαση να ξεκινήσει κανείς μια τέτοια προσπάθεια, εκτός από την πρακτική αναγκαιότητα που αποτελεί την αφορμή, υπάρχει μια ολόκληρη λογική που κρίνει τη σκοπιμότητα και την αναγκαιότητα της επιλογής αυτής σε προσωπικό επίπεδο. Αυτά εικάζουμε ότι αποτελούν και τα πιο βαθιά και ουσιώδη κίνητρα για την προσπάθεια αυτή.

Στο επίπεδο αυτό γεννώνται και επιμέρους ερωτήματα όπως αν αποφασίζει μόνη της η γυναίκα, ποια είναι τα πρόσωπα εκείνα που ενδέχεται να ασκούν επιρροή στις αποφάσεις της, με ποιόν τρόπο και γιατί. Επίσης αν ο βαθμός στον οποίο Σημαντικοί Άλλοι μπορούν να επηρεάσουν την γυναίκα σε τέτοιου είδους αποφάσεις, είναι ενδεικτικό στοιχείο για το κοινωνικό status της γυναίκας στην Ελλάδα σήμερα αλλά και στο ποιες είναι οι προτεραιότητες και κάποια από τα standard κανονικότητας που θέτει η κοινωνία μας για τις γυναίκες.

*3. Πώς βιώνεται η όλη εμπειρία από τις γυναίκες;*

Η ερώτηση αυτή έχει να κάνει με τα συναισθήματα των γυναικών, με την αυτοεικόνα και την προσωπική τους εκτίμηση της κατάστασης. Ακόμη περιλαμβάνει τις προσωπικές τους θεωρίες και απόψεις για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, τον Εαυτό τους και το κοινωνικό περιβάλλον τους. Επίσης αφορά στις επενδύσεις που έχουν κάνει πάνω στο παιδί, στο τι περιμένουν ν' αλλάξει στη ζωή τους με τον ερχομό του, πώς περιμένουν να είναι και στο κατά πόσο πιστεύουν ότι τελικά θα το αποκτήσουν.

*4. Ποια νοιώθουν οι υπογόνιμες γυναίκες ότι είναι η θέση τους στην οικογένεια και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο; Σε ποιο βαθμό η επιλογή των διαδικασιών που προκρίνουν να ακολουθήσουν οι γυναίκες με προβλήματα γονιμότητας αντανακλά τη θέση τους ως γυναίκες στην Ελλάδα σήμερα; Έχει να κάνει η αναζήτηση και η εφαρμογή δραστικών*

*θεραπειών και διαδικασιών για την υπογονιμότητα όπως είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση, με την θέση αυτή;*

Η εστίαση ουσιαστικά γίνεται στην εμπειρία της απουσίας του παιδιού και στις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει στην κοινωνική και συναισθηματική υπόσταση και ζωή της γυναίκας. Κι ακόμη γίνεται μια απόπειρα να αντιστραφεί το ερώτημα: αν και κατά πόσο η κοινωνική θέση της γυναίκας στην Ελλάδα σήμερα επιβάλλει το να θέσει μια γυναίκα την οικογένεια και την απόκτηση απογόνων ως προτεραιότητα και με ποιο κόστος.

## **B. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ**

**Το ότι το γυναικείο σώμα έχει εδώ και κάποιες δεκαετίες γίνει αντικείμενο ιατρικής μελέτης και παρέμβασης, ειδικά σε ζητήματα όπως αυτό της αναπαραγωγής, είναι απότοκο μιας εξελικτικής κοινωνικής διαδικασίας στις ρίζες της οποίας βρίσκονται ζητήματα που έχουν να κάνουν με την κοινωνική θέση της γυναίκας και με τον έλεγχο του Σώματος. Ενδεικτική προς αυτήν την κατεύθυνση είναι η ιατρικοποίηση των αναπαραγωγικών λειτουργιών του γυναικείου σώματος<sup>3</sup>. Άλλο σημαντικό σημείο σχετικό με τον έλεγχο του Σώματος αποτελεί η ευρύτερη θεώρηση για την θέση του Ατόμου στα πλαίσια της οργανωμένης κοινωνίας και την αναγνώριση ή όχι στις γυναίκες της ιδιότητας του υποκειμένου<sup>4</sup>.**

Αν και εκ πρώτης όψεως φαίνεται αυταπόδεικτη η διαδεδομένη πεποίθηση ότι το Σώμα ανήκει στο άτομο, η πεποίθηση αυτή δεν είναι απολύτως ακριβής. Στο παρελθόν πολύ περισσότερο αλλά ακόμη και σήμερα, υπάρχουν λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος οι οποίες είναι φορτισμένες ιδεολογικά και στις οποίες η κοινωνία προσδίδει ιδιαίτερη αξία και ουσιαστικά ελέγχει μέσα από το σύστημα πεποιθήσεων και την ιδεολογία γύρω από διάφορες παραμέτρους. Ο κοινωνικός

---

<sup>3</sup> Η πορεία προς την ιατρικοποίηση αυτή περιγράφεται πολύ ωραία σε σχετικό άρθρο των Bart και Scully (1978).

<sup>4</sup> Για την συγκρότηση της υποκειμενικότητας προαπαιτούμενο θεωρείται η ξεκάθαρη αίσθηση του Εαυτού. Σε ότι αφορά όμως την συγκρότηση του γυναικείου Εγώ, κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η αυταπάρνηση και η απάρνηση ενός ισχυρού Εγώ. Για τον λόγο αυτό οι γυναίκες εξ' ορισμού εξαιρούνται από την συμμετοχή στην υποκειμενικότητα (Hekman 1995, p.12,14).

έλεγχος πάνω στο σώμα και τις λειτουργίες του δεν είναι απαραίτητο να είναι άμεσος. Είναι δυνατόν να εξασκείται με την προώθηση συγκεκριμένων ιδεολογιών και πεποιθήσεων που αφορούν το ίδιο το σώμα –και την φροντίδα του-, αλλά μπορούν επίσης να έχουν ως αντικείμενο κάτι που εκ πρώτης όψεως δεν σχετίζεται άμεσα με αυτό<sup>5</sup>. Το ζήτημα της τεκνοποιίας είναι ένα κατ' εξοχήν τέτοιο ζήτημα για διάφορους λόγους και φαίνεται ότι ο κοινωνικός έλεγχος πάνω σ' αυτό το θέμα, θίγει περισσότερο τις γυναίκες και ειδικά εφ' όσον υπάρξει δυσκολία.

Μέχρι στιγμής στην έρευνα έχουν γίνει προσπάθειες να γίνει κατανοητός και να ερμηνευτεί ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται η υπογονιμότητα από τις γυναίκες, με το να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ρόλοι των γυναικών και το κοινωνικό τους status. Σύμφωνα με την λογική αυτή, η υπογονιμότητα αποτελεί σοβαρότατο πλήγμα για την γυναίκα και τους δικούς της γιατί την εμποδίζει να εκπληρώσει τους κοινωνικούς της ρόλους και να ολοκληρωθεί σαν γυναίκα μέσα από την μητρότητα -καθώς η μητρότητα είναι κεντρικό σημείο σύμφωνα με το οποίο ορίζονται οι γυναίκες από τους άλλους αλλά και προσλαμβάνουν οι ίδιες τον Εαυτό τους (Morell 2000, p.313). Η διαπίστωση αυτή δικαιολογεί και ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό το μέγεθος του πόνου των γυναικών όταν μαθαίνουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και μπορεί να μην αποκτήσουν παιδιά.

Στην εργασία αυτή, μέσα απ' τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, γίνεται και η αντίστροφη προσπάθεια: να χρησιμεύσει η εμπειρία της υπογονιμότητας και οι τρόποι με τους οποίους την αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και πρακτικά οι γυναίκες, ως ορατό μοντέλο καταγραφής και ερμηνείας των ρόλων της γυναίκας και του κοινωνικού της status.

Οι πρωτοβουλίες που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας σήμερα (δηλαδή η προσφυγή στα ιατρικά μέσα), δεν αποσκοπούν στο να κάνουν τη γυναίκα να νιώσει καλύτερα, μέσα από άλλους ρόλους και άλλες πηγές αναγνώρισης της αξίας της, αλλά στο να βοηθήσουν την γυναίκα να συμμορφωθεί με τη νόρμα. Πρόκειται δηλαδή για προσπάθειες βοήθειας οι οποίες ιδωμένες στο σύνολό τους αποτελούν συντηρητικές επιλογές υπό την έννοια ότι προσφέρουν εξατομικευμένες λύσεις για κάποιες γυναίκες που θα αποκτήσουν τελικά παιδί. Δεν δίνουν όμως λύσεις και απαντήσεις για εκείνες που όσο κι αν έχει προχωρήσει η ιατρική και η

---

<sup>5</sup> «... οι εξωτερικοί σωματικοί περιορισμοί μπορούν να αντικατασταθούν με πιο ελαστικούς τρόπους συμπεριφοράς, μόλις τα άτομα μπορέσουν να ενσωματώσουν τον αυτοπεριορισμό και όταν αυτός μεταμορφωθεί πια σε προσωπικό αυτοματισμό» (Kaufmann 1997, p.24).



τεχνολογία, δεν μπορούν να βοηθηθούν. Με τον τρόπο αυτό όμως τελικά διαιωνίζεται ο διαχωρισμός της κοινωνίας μας στην κοινωνία των γονιών και στην κοινωνία των άτεκνων μόνο που συρρικνώνεται αριθμητικά το ποσοστό των άτεκνων.

Στα πλαίσια μιας τέτοιας λογικής, ένα ζήτημα που αφορά την έρευνα αυτή, είναι το να αρθρωθεί ένας λόγος απέναντι στις πεποιθήσεις που προκρίνουν αδιαμφισβήτητα και άκριτα τον μητρικό ρόλο ως τον κυρίαρχο και πλέον «φυσιολογικό» ρόλο στη ζωή μιας γυναίκας. Αυτού του είδους οι πεποιθήσεις αφ' ενός θέτουν σε δεύτερη μοίρα διάφορους άλλους τομείς της ζωής των γυναικών και μειώνουν την αξία των άλλων επιτευγμάτων τους και αφ' ετέρου δυσχεραίνουν την προσαρμογή και μειώνουν τις επιλογές ζωής των γυναικών που δυσκολεύονται ή και δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν τελικά παιδιά, αλλά και των γυναικών γενικότερα (Morell 2000, p.313).

Ένα ακόμα θέμα, είναι και το αν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, τελικά απαντούν με κάποιο τρόπο στις διακρίσεις που γίνονται πολλές φορές εις βάρος τους κι αν υπάρχουν τρόποι με τους οποίους αμύνονται απέναντι στην κυρίαρχη ιδεολογία περί μητρότητας και σε αντιδράσεις όπως οι προκαταλήψεις ή ο οίκτος που είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν σε διάφορα περιβάλλοντα.

Επιπλέον, οι απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να δώσουν μια ιδέα για το ποιοι είναι οι πρωταρχικοί ρόλοι που καλείται να ενσαρκώσει η γυναίκα στην Ελλάδα σήμερα, ποιες οι προτεραιότητες που θεωρείται ότι πρέπει να θέσει, κατά πόσο είναι ελεύθερη, απερίσπαστη και ανεπηρέαστη να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τις επιλογές, τις προτεραιότητες και το σώμα της.

Έχει μια σημασία να σημειωθεί εδώ, ότι τα στοιχεία που μπορεί να μας δώσει αυτή η δουλειά δεν έχουν τόσο να κάνουν με τη θέση απέναντι στον σύζυγο, ούτε με την κατανομή εξουσίας ανάμεσα στο ζευγάρι. Έχουν να κάνουν με την κατανομή εξουσίας σε ένα πιο αφαιρετικό επίπεδο. Επίσης οι γυναίκες αυτές, δεν είναι μόνο γυναίκες, αλλά και μέλη μιας ομάδας που κατά μία έννοια είναι περιθωριοποιημένη. Επομένως οι εξουσιαστικές δομές προφανώς τις αγγίζουν κατά πολλαπλούς τρόπους. Στην δουλειά αυτή προκρίνουμε και ασχολούμαστε με τις δομές που άπτονται του φύλου και της υπογονιμότητας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στο πλέγμα των εξουσιών γύρω τους δεν δρουν και πολλές άλλες δυνάμεις.

Εκτός των άλλων, ένα ενδιαφέρον θέμα που αναδεικνύεται είναι και σε ποιο επίπεδο τελικά επιβιώνουν –αν επιβιώνουν- διακρίσεις σε βάρος των γυναικών στην ελληνική κοινωνία σήμερα. Είναι ένα θέμα πολύ ενδιαφέρον γιατί αυτή τη στιγμή

στην Ελλάδα κυριαρχεί η αντίληψη ότι έχει κατακτηθεί ισότητα και ισονομία μεταξύ ανδρών και γυναικών σε όλα τα επίπεδα. Εκείνο όμως που παραμένει αναπάντητο ερώτημα, είναι το που πήγαν οι προκαταλήψεις και οι παλιές πεποιθήσεις. Είναι δυνατόν απλώς να εξαφανίστηκαν και μάλιστα στο σύντομο χρονικό διάστημα κάποιων δεκαετιών; Η εκτίμηση μας είναι ότι μετασχηματίστηκαν σε ένα επίπεδο πιο αφαιρετικό και αποπροσωποποιημένο κι ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιβεβαίωσης της θέσης αυτής –αν φυσικά αληθεύει- μέσα από την μελέτη των λύσεων που προκρίνονται ως η καλύτερη επιλογή και του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζεται το πρόβλημα η γυναίκα και ο περίγυρος της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

### ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η φιλοσοφία γύρω από την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της δουλειάς αυτής, ξεκινά από την παραδοχή ότι τα στοιχεία που μελετάμε στις κοινωνικές επιστήμες, δεν εμφανίζονται σε κοινωνικό κενό, αλλά μέσα σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό και πολιτισμικό. Επίσης οι κανόνες και οι προϋποθέσεις μέσα από τις οποίες τα γεγονότα γίνονται στοιχεία, αποτελούν, ομοίως, προϊόντα ιστορικών και κοινωνικών διαδικασιών και περιλαμβάνουν συμβατικότητες και ιδεολογίες. Για το λόγο αυτό είναι δυνατόν να επανακαθοριστούν και να αλλάξουν (Madjar, Walton 2001, p.29). Τα συμπεράσματα της έρευνας και η κεκτημένη γνώση, αποτελούν προϊόν όχι μόνο των εκάστοτε κοινωνικών συνθηκών αλλά και της χρονικής συγκυρίας στην οποία λαμβάνει χώρα η παρατήρηση και της αλληλεπίδρασης ερευνητή- ερευνώμενου. Τόσο ο ερευνητής όσο και το φαινόμενο που ερευνάται και τα υποκείμενα της έρευνας που δίνουν πληροφορίες για το φαινόμενο αυτό είναι ενταγμένα σε μια ιστορική συνθήκη και επηρεάζονται τόσο από αυτή, όσο και από τις ατομικές πεποιθήσεις και προκαταλήψεις των συμβαλλομένων μερών (Kuzel & Engel 2001, p.115). Ακόμη, όταν μελετώνται ζητήματα που εμπλέκουν μεγάλες ομάδες ανθρώπων, δεν είναι δυνατόν αυτά να προσδιοριστούν ως «ατομικά» (Prilietensky & Fox 2003, p.45).

#### Α. Η ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Τα κριτήρια για την συμμετοχή στην συγκεκριμένη έρευνα, ήταν ο παράγοντας της υπογονιμότητας να εντοπίζεται ολοκληρωτικά ή κυρίως στην γυναίκα, καθώς δύσκολα απ' ότι φάνηκε στην πορεία της έρευνας, βρίσκει κανείς περιπτώσεις που η δυσχέρεια να εντοπίζεται στον ένα μόνο απ' τους συντρόφους. Συνήθως υπάρχουν παράγοντες που δυσχεραίνουν την σύλληψη και στους δύο. Άλλη προϋπόθεση ήταν το ζευγάρι να βρίσκεται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης και να προσπαθούν για το πρώτο παιδί. Πολύ σημαντικό επίσης

κρίθηκε η συμμετοχή των γυναικών –για ευνόητους λόγους- να είναι εθελοντική και ανώνυμη.

Για την συλλογή του δείγματος, ήρθαμε σε επαφή με διάφορους ιδιωτικούς χώρους στην Αθήνα. Παρά το πραγματικό πλήθος των κέντρων με τα οποία επικοινωνήσαμε, τελικά συνεργασία υπήρξε με τρεις χώρους. Ο ένας ήταν η Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής a-lab, μονάδα συνεργαζόμενη με το μαιευτήριο Λητώ, ο δεύτερος το Κέντρο Βιογενετικής του Ευγενιδείου Νοσοκομείου και ο τρίτος η Euromedica IVF. Ο τρόπος εργασίας σε καθέναν απ' αυτούς τους χώρους υπήρξε διαφορετικός. Εκτός από τις Μονάδες Εξωσωματικής, συνεργασία υπήρξε και με το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «Κυβέλη» τα μέλη του οποίου βοήθησαν ιδιαίτερα στην κατανόηση του χώρου της εξωσωματικής στην Ελλάδα.

Αν και αρχικά, κατά το σχεδιασμό της έρευνας διατυπώθηκε η σκέψη να υπάρξει ένα έντυπο συναίνεσης, τελικά κρίθηκε σκόπιμο η συναίνεση να είναι προφορική καθώς ένας από τους όρους συμμετοχής των υποκειμένων είναι η απόλυτη ανωνυμία και εχεμύθεια σε ότι αφορά τα προσωπικά τους στοιχεία.

Οι διαδικασίες στους διάφορους χώρους είχαν ως εξής:

Στην **Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής**, αναρτήθηκαν ανακοινώσεις για την έρευνα και στην πορεία τις γυναίκες ενημέρωναν οι μαίες και οι γραμματείς οι οποίες και σύστηναν όσες κυρίες ενδιαφέρονταν στην ερευνήτρια προκειμένου να γίνει μια πιο αναλυτική ενημέρωση για τους σκοπούς και τις διαδικασίες της έρευνας. Με τον τρόπο αυτό συμφώνησαν και παραχώρησαν συνεντεύξεις 5 γυναίκες. Η μια κρίθηκε ακατάλληλη καθώς η γυναίκα αυτή βρισκόταν ακόμη σε διαδικασία σπερματεγχύσεων και είχε ήδη άλλο ένα παιδί. Από τις 5 συνεντεύξεις, οι 4 έλαβαν χώρα σε ένα γραφείο στους χώρους της Μονάδας και μια στο σπίτι μιας από τις ενδιαφερόμενες. Ο χρόνος των συνεντεύξεων ποικίλε. Αυτό είχε να κάνει και με τον χώρο, καθώς σε ότι αφορά στις συνεντεύξεις που έγιναν στους χώρους της Μονάδας υπήρχε ζήτημα χρόνου τόσο από τις ενδιαφερόμενες, όσο και από την Μονάδα.

Σε ότι αφορά το **Κέντρο Βιογενετικής του Ευγενιδείου Νοσοκομείου**, ήρθαμε σε επαφή με τον υπεύθυνο, ο οποίος και συνέστησε 5 γυναίκες που ήταν πρόθυμες να συζητήσουν την εμπειρία τους. Με τις τέσσερις από αυτές η συνέντευξη έγινε στους χώρους του Κέντρου Βιογενετικής και με μία στο σπίτι της. Η μια συνέντευξη κρίθηκε ακατάλληλη καθώς η γυναίκα βρισκόταν στην προσπάθεια για το δεύτερο παιδί. Στις συνεντεύξεις αυτές υπήρξε ένα ζήτημα με τον χρόνο που δεν στάθηκε δυνατόν να αντιμετωπιστεί γιατί κάποιες απ' τις κοπέλες έρχονταν από επαρχιακές

πόλεις και δεν ήταν δυνατόν να βρεθούμε σε κάποιον χώρο όπου θα είχαμε μεγαλύτερη άνεση. Επίσης από αυτόν τον χώρο, έδωσαν συνέντευξη κυρίως γυναίκες που βρίσκονταν στις πρώτες προσπάθειες με αποτέλεσμα κάποιες απ' τις ερωτήσεις που αφορούσαν αλλαγές σε βάθος χρόνου να είναι ακατάλληλες και να παραλειφθούν.

Στην *Euromedica IVF*, αναρτήθηκαν επίσης ανακοινώσεις που αφορούσαν την έρευνα και μας σύστησαν τηλεφωνικά κάποιες ενδιαφερόμενες. Μόνο πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής για την συγκεκριμένη εργασία. Η συζήτηση έγινε στο σπίτι της.

Τέλος ένας πολύ σημαντικός χώρος για τη δουλειά αυτή, ήταν το *Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «Κοβέλη»*. Τα μέλη του Σωματείου επέτρεψαν στην ερευνήτρια να παραβρεθεί σε κάποιες συναντήσεις ψυχολογικής υποστήριξης προς τα μέλη του Σωματείου, που διοργανώνουν μια φορά το μήνα, αλλά και σε κάποιες κοινωνικές τους εκδηλώσεις. Συγκεκριμένα επρόκειτο για τις ομάδες του Ιουνίου και του Ιουλίου 2007. Η συμμετοχή αυτή ήταν πολύ κατατοπιστική. Υπήρξαν και 3 γυναίκες που παραχώρησαν συνέντευξη. Οι συνεντεύξεις έγιναν στα σπίτια τους και διαφέρουν από τις άλλες λόγω μιας παραπάνω γνωριμίας και επί του κοινωνικού, με αποτέλεσμα να υπάρξει περισσότερη άνεση και στο τι και στο πώς συζητήθηκε. Επιπλέον υπήρχε μια άνεση χρόνου που απ' ότι φάνηκε καμία Μονάδα δεν θα μπορούσε να παρέχει.

## **B. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν σε έναν κορμό ανοικτών ερωτήσεων η σειρά των οποίων χρειάστηκε σε κάποιες περιπτώσεις ν' αλλάξει ανάλογα με το ιστορικό και την πορεία της συζήτησης και αναφέρονταν στους παρακάτω άξονες:

- *Κατανόηση και ερμηνεία του προσωπικού τους προβλήματος:* που εντοπίζεται το πρόβλημα, πώς το έμαθαν και ποιες διαδικασίες ακολουθούν, τι φταίει κατά τη γνώμη τους
- *Συναισθήματα και σωματικές αισθήσεις που προκύπτουν από την εμπειρία της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής*

- **Διαχείριση του προβλήματος:** με ποιόν τρόπο κινητοποιήθηκαν για συλλογή πληροφοριών, για εξετάσεις, γιατρούς κλπ. Πώς αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό τους περίγυρο και με ποιους τρόπους αντιμετωπίζονται απ' αυτόν
- **Με ποιους μοιράζονται το πρόβλημα και ποιοι τους συμπαραστέκονται:** τι τους λένε οι δικοί τους, ποιες συμβουλές τους δίνουν. Ποιοι τις δυσκολεύουν, ποιοι τις βοηθούν και με ποιον τρόπο
- **Αλλαγές που έχει χρειαστεί να κάνουν στην ζωή τους**
- **Πώς πιστεύουν ότι θα είναι το παιδί και ως προς τι θα αλλάξει τη ζωή τους:** αν έχουν εικόνα του, αν πιστεύουν ότι θα τα καταφέρουν, αν επενδύουν συναισθηματικά στο παιδί
- **Πώς θα παρομοιάζαν την πορεία τους και τι συμβουλές θα έδιναν σε άλλες γυναίκες που βρίσκονται σε παρόμοια θέση:** οι ερωτήσεις αυτής της θεματικής, αποσκοπούν στο να δώσουν στοιχεία για τις προσωπικές πεποιθήσεις, αλλά και για το τι έχουν εσωτερικεύσει οι γυναίκες από τις στάσεις του περιγύρου τους απέναντι τους.

Τέλος τους ζητήθηκε να προσθέσουν οι ίδιες και ότι τυχόν θεωρούν ότι δεν καλύφθηκε από την συζήτηση.

Σε ορισμένες περιπτώσεις κάποιες ερωτήσεις παραλείφθηκαν, καθώς δεν ήταν κατάλληλες για τις συμμετέχουσες (πχ ερωτήσεις που αφορούσαν κάποιες από τις διαδικασίες της εξωσωματικής σε υποκείμενα που μόλις ξεκινούσαν την πρώτη τους προσπάθεια). Επίσης δεν υπήρξε ιδιαίτερη επιμονή σε ερωτήσεις που για προσωπικούς λόγους κάποιες απ' τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν ήθελαν να απαντήσουν. Τέλος, κάποιες ερωτήσεις με πιο συμβολικό χαρακτήρα όπως ερωτήσεις που αφορούσαν τα όνειρα, ή οι ερωτήσεις που ζητούσαν να γίνουν παρομοιώσεις του σώματος κατά τις διάφορες φάσεις της διαδικασίας, πρακτικά αποσύρθηκαν καθώς κατά τις πρώτες συνεντεύξεις καμία απ' τις συμμετέχουσες δεν μπόρεσε να απαντήσει σχετικά, ομοίως και η ερώτηση για το πώς θα παρομοιάζαν τον εαυτό και το σώμα τους. Αντίθετα, πιο κατανοητή και ευπρόσδεκτη ήταν η ερώτηση που ζητούσε απ' τις γυναίκες να παρομοιάσουν με κάποιον τρόπο που θα επέλεγαν οι ίδιες την πορεία τους.

Αν και αρχικά ο στόχος ήταν να γίνουν 15 συνεντεύξεις, απ' αυτές έγιναν 14 εκ των οποίων οι δύο κρίθηκαν ακατάλληλες. Ο χρόνος και ο τόπος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ποικίλε καθώς εξαρτώνταν πολύ συχνά από τον τρόπο λειτουργίας των διαφόρων μονάδων αλλά και από τον χρόνο που είχαν στη διάθεση τους οι συμμετέχουσες. Επίσης πάρα πολλές γυναίκες αρνήθηκαν να συμμετέχουν εξ' αιτίας της έλλειψης χρόνου. Οι συνεντεύξεις έγιναν το διάστημα τέλη Μαΐου- τέλη Ιουλίου του 2007 στην Αθήνα. Δεν στάθηκε δυνατόν το διάστημα αυτό να παραταθεί καθώς τον Αύγουστο οι μονάδες εξωσωματικής δεν ξεκινούν διαδικασίες IVF.

## **Γ. ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ**

Ακολουθούν κάποια στοιχεία για τις κοπέλες που έδωσαν συνέντευξη. Δεν διευκρινίζονται σκόπιμα κάποια στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητας τους. Αυτά, καθώς και ο χώρος μέσω του οποίου ήρθαμε σε επαφή με την καθεμία προσωπικά, έχουν καταγραφεί αλλά δεν είναι διαθέσιμα πάρα μόνο μετά από προσωπική συνεννόηση για ευνόητους λόγους. Όλα τα ονόματα που χρησιμοποιούνται (κι όχι μόνο των γυναικών) είναι ψευδώνυμα.

### **1. Γιάννα:**

Η Γιάννα είναι 35 ετών και έχει ξεκινήσει τις προσπάθειες IVF ήδη από την ηλικία των 28 ετών. Είναι παντρεμένη τα τελευταία 7 χρόνια ενώ η σχέση της με τον σύζυγο έχει συνολική διάρκεια 13 χρόνια. Τα τελευταία χρόνια ζει σε επαρχιακή πόλη. Οι δικοί της συγγενείς βρίσκονται σε άλλη περιοχή, μακριά από την περιοχή κατοικίας της. Η Γιάννα εργάζεται σε κάποιο γραφείο. Στο παρελθόν έχει χρειαστεί δύο φορές να διακόψει την εργασία της για ενάμισι με δύο χρόνια λόγω των διαδικασιών της εξωσωματικής. Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει είναι πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια με αποτέλεσμα να μην παράγει αρκετά και καλής ποιότητας δικά της ωάρια. Έτσι απ' ότι η ίδια λέει δεν έχει πιθανότητες φυσιολογικής σύλληψης, ενώ οι πιθανότητες σύλληψης με IVF και δικά της ωάρια είναι λιγότερες από 5%. Η ίδια ανακάλυψε τυχαία το πρόβλημα αυτό σε γυναικολογικό έλεγχο πριν από τον γάμο της με αποτέλεσμα να επισπεύσουν με τον σύζυγο το γάμο ώστε να ξεκινήσουν την προσπάθεια. Τον προηγούμενο χειμώνα υποβλήθηκε σε χειρουργική

επέμβαση όμως δεν ανέφερε τι συγκεκριμένα αφορούσε αυτή. Πάντως στηρίζει τις πιθανότητες της για επίτευξη εγκυμοσύνης σ' αυτό το χειρουργείο. Θεωρεί ωστόσο ότι είναι πιθανότερο να αποτύχουν οι προσπάθειες της παρά να επιτύχουν. Σκέφτεται το ενδεχόμενο της δωρεάς ωαρίων αλλά ακόμη ο σύζυγός της διστάζει. Η προηγούμενη προσπάθειά της έγινε πριν 2 χρόνια. Φοβάται για πιθανές μακροχρόνιες επιπτώσεις των διαδικασιών στην υγεία της. Η Γιάννα πάσχει από ημικρανίες τις οποίες ο νευρολόγος της αποδίδει στα φάρμακα που παίρνει για την εξωσωματική.

Στον κοινωνικό και συγγενικό περίγυρο της Γιάννας, τα προβλήματα γονιμότητας είναι συχνά κι έτσι δεν νιώθει μόνη ή περιθωριοποιημένη. Κατά το παρελθόν τα πεθερικά της είχαν ασκήσει κάποια πίεση, αλλά όταν έμαθαν ότι υπάρχει πρόβλημα σταμάτησαν να πιέζουν. Με τους φίλους της συζητάνε για τα ζητήματα αυτά, αλλά μέχρι κάποιο σημείο. Για παράδειγμα ενώ πολλά φιλικά τους ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, δεν συζητάνε τα αίτια, αλλά μόνο το γεγονός της υπογονιμότητας. Εκείνο που την ενοχλεί είναι ότι στην πόλη που ζει, υπάρχει η τάση οι άλλοι να την λυπούνται που δεν μπορεί να κάνει παιδί, ενώ ο τρόπος που κάποιοι γνωστοί της χειρίζονται την κατάσταση, της φαίνεται αδιάκριτος.

## **2. Κλαίρη:**

Η Κλαίρη είναι 37 ετών, παντρεμένη εδώ και 10 χρόνια. Τα τελευταία 7 επιθυμούν με τον σύζυγο, να αποκτήσουν παιδί. Έχει εργαστεί για χρόνια ως υπάλληλος γραφείου. Τον τελευταίο ενάμισι χρόνο έχει αφήσει την δουλειά της για να ακολουθεί πιο άνετα τις διαδικασίες της εξωσωματικής. Με τον σύζυγο σκέφτηκαν ότι μπορεί και να έχουν πρόβλημα μετά από δύο χρόνια προσπαθειών. Η Κλαίρη πάσχει από το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, ενώ κατά καιρούς έχει αντιμετωπίσει και προβλήματα με την διαβατότητα των σαλπίγγων και με την ωοθυλακιορρηξία. Και πριν αρχίσει τις προσπάθειες για την απόκτηση παιδιού, υποψιαζόταν ότι ίσως αντιμετωπίσει πρόβλημα, αλλά δεν μπορούσε να υπολογίσει την έκταση του. Πριν την εξωσωματική έκανε μια σπερματέγχυση, αλλά δεν προχώρησε σε άλλες καθώς θεωρούσε ότι με τον τρόπο αυτό χάνει χρόνο. Στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής έμεινε έγκυος, όμως γέννησε πρόωρα στους έξι μόλις μήνες και το παιδί πέθανε επί τόπου πριν προλάβει να φτάσει στο νοσοκομείο. Από το περιστατικό αυτό έχουν περάσει 4 χρόνια. Έξι μήνες περίπου μετά το θάνατο αυτού του παιδιού δοκίμασε ξανά να κάνει εξωσωματική η οποία δεν είχε επιτυχία.



Στο μεσοδιάστημα των επόμενων προσπαθειών έμεινε έγκυος με φυσιολογικό τρόπο, αλλά το έμβρυο νεκρώθηκε στις 8 εβδομάδες. Στην επόμενη (4<sup>η</sup> προσπάθεια) κατάφερε και πάλι να συλλάβει αλλά απέβαλε.

Περιγράφει τον περίγυρο της ως υποστηρικτικό, όταν όμως βρίσκεται με άλλους ανθρώπους που έχουν ήδη παιδιά αν και λέει ότι νιώθει ευχάριστα, νιώθει και λίγο στο περιθώριο.

### **3. Λίνα:**

Η Λίνα είναι 35 ετών, παντρεμένη 8 χρόνια, και έχει εργαστεί κατά το παρελθόν ως σερβιτόρα. Το τελευταίο διάστημα δεν εργάζεται, καθώς στην δουλειά της δεν είναι εύκολο να παίρνει τις άδειες που χρειάζονται για την εξωσωματική. Επιπλέον μετά τις εμβρυομεταφορές δεν είναι δυνατόν να σηκώνει βάρη και να βρίσκεται σε ορθοστασία τις ώρες που χρειάζεται για την δουλειά. Τα τελευταία 2 χρόνια επιθυμεί να αποκτήσει ένα παιδί, αλλά απ' ότι λέει έχει προσπαθήσει και πριν από το διάστημα αυτό για κοινωνικούς λόγους. Αρχικά διαπιστώθηκε ότι είχε μια κύστη στην ωοθήκη, αλλά κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την αφαίρεσή της βρέθηκε ότι έπασχε επίσης από απόφραξη των σαλπίνγων και ότι είχε έναν πολύποδα στο ενδομήτριο. Στην συνέχεια δημιουργήθηκε και μια μικρή βλάβη στην ωοθήκη ως αποτέλεσμα καυτηριασμού κατά τις θεραπείες που ακολούθησε. Τον χειμώνα που πέρασε υποβλήθηκε και πάλι σε χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση της μιας σάλπιγγας.

Πριν από 4 χρόνια (οπότε και ξεκίνησε τις πρώτες προσπάθειες) είχε απευθυνθεί σε άλλον γιατρό με τη βοήθεια του οποίου έκανε 3 κύκλους εξωσωματικής χωρίς επιτυχία και για λόγους που περιγράφει στην συνέντευξη θεωρεί ότι ενδεχομένως να υπήρξε αμέλεια στην περίπτωση της με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με τις σάλπιγγές της. Ως αποτέλεσμα των αποτυχημένων προσπαθειών, χώρισε με τον σύζυγο για ένα χρόνο (2004-2005). Στην πορεία τα ξαναβρήκαν και ξαναμπήκαν σε προσπάθεια. Τον Οκτώβριο του 2006 συνέλαβε δίδυμα αλλά η κύηση παλινδρόμησε (τα έμβρυα νεκρώθηκαν). Την ημέρα της συνέντευξης έμαθε ότι είχε και πάλι συλλάβει δίδυμα.

Στην παρούσα φάση περιέγραψε την σχέση με τον σύζυγο ως στενή και υποστηρικτική. Η Λίνα ανησυχεί για τις επιπτώσεις των φαρμάκων που παίρνει στην υγεία της καθώς έχει χάσει την μητέρα της από καρκίνο του μαστού και έχει θέσει όριο στον εαυτό της να προσπαθήσει μέχρι τα 40 της. Σε ότι αφορά τον κοινωνικό

περίγυρο, νιώθει ότι πιέζεται από τις συμβουλές που της δίνουν και θεωρεί ότι καμιά φορά λειτουργεί αρνητικά. Είναι κατά των εναλλακτικών λύσεων όπως η παρθένη μητρότητα ή η δωρεά ωαρίων, ενώ σε ότι αφορά την υιοθεσία την θεωρεί δύσκολη υπόθεση και λέει ότι και ο σύζυγός της είναι επιφυλακτικός.

#### **4. Κατερίνα:**

Η Κατερίνα είναι 34<sup>ov</sup> ετών και στο παρελθόν έχει εργαστεί κάποιο διάστημα ως εκπαιδευτικός στο δημοτικό και το γυμνάσιο. Είναι παντρεμένη 8 χρόνια και ζει με το σύζυγο στην επαρχία. Τώρα πια δεν εργάζεται. Τα τελευταία 6 χρόνια επιθυμούν με τον σύζυγο να αποκτήσουν παιδί. Οι εξετάσεις τους έχουν δείξει ότι υπάρχει ένα ζήτημα με την κινητικότητα του σπέρματος του συζύγου και από την πλευρά της έχει κάνει 2 χειρουργεία για ινομυώματα. Στην οικογένεια της Κατερίνας υπάρχει ιστορικό γυναικολογικών προβλημάτων και υπογονιμότητας. Η Κατερίνα βρίσκεται στην δεύτερη προσπάθεια εξωσωματικής. Η πρώτη έγινε πριν κάποιους μήνες. Η δεύτερη προσπάθεια σταμάτησε μόλις την προηγούμενη μέρα της συνέντευξης γιατί ο οργανισμός της δεν ανταποκρίθηκε στην φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών οπότε το αν, πότε και πώς θα συνεχίσει τις προσπάθειες, δεν ήταν βέβαιο. Η Κατερίνα θεωρεί τα φάρμακα που παίρνει επιβάρυνση για τον οργανισμό της και σκέφτεται να μην συνεχίσει για πολύ τις προσπάθειες. Το πρόβλημα με τα ινομυώματα το ανακάλυψε σε γυναικολογικό έλεγχο και ο γιατρός της, της είπε ότι θα μπορούσε μεν να συλλάβει, αλλά κινδύνευε να αποβάλλει και να δημιουργηθούν άλλου είδους προβλήματα υγείας. Έτσι αποφάσισε να υποβληθεί στην χειρουργική αφαίρεσή των ινομυωμάτων. Στην συνέχεια αν και προσπάθησαν για κάποιο διάστημα με τον σύζυγο για φυσιολογική σύλληψη, δεν τα κατάφεραν κι έτσι κατέληξαν στη λύση της εξωσωματικής γιατί φοβούνται μήπως στο μεταξύ επανεμφανιστούν τα ινομυώματα.

Σε ότι αφορά το περιβάλλον της θεωρεί ότι τόσο ο σύζυγος, όσο και οι συγγενείς της είναι πολύ υποστηρικτικοί και φαίνεται ότι διατηρούν πολύ στενές σχέσεις. Στην περιοχή που ζει έχει ακούσει κάποιες φορές δυσμενή σχόλια και κρίσεις λόγω του ότι το δικό της πρόβλημα διαπιστώθηκε πρώτο, αλλά με τον σύζυγό της αλληλοπροστατεύονται σε μεγάλο βαθμό. Έπειτα αναφέρει ότι έχουν και κάποιους πολύ καλούς φίλους που τους συμπαραστήκονται. Σκέφτεται όλες τις πιθανές εναλλακτικές για την περίπτωση που για κάποιο λόγο δεν επιτύχει η εξωσωματική.

## **5. Νίκη:**

Η Νίκη είναι 31 ετών, υπάλληλος γραφείου και παντρεμένη 6 χρόνια. Από αυτά τα 3 τελευταία επιθυμούν με τον σύζυγό της να αποκτήσουν παιδί. Τα 2 από αυτά βρίσκεται σε διαδικασία παρακολούθησης και υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Θεωρεί ότι δεν έχει κανένα βιολογικό πρόβλημα, αλλά κατά τη διάρκεια της συζήτησης ανέφερε ότι κατά καιρούς βγάζει κύστες στις ωοθήκες και πολύποδα στη μήτρα. Παρ' όλ' αυτά όταν εκλείπουν και οι δύο αυτοί παράγοντες, ο γιατρός της θεωρεί ότι υπάρχουν πολύ καλές πιθανότητες για την επίτευξη εγκυμοσύνης. Πρόβλημα υπογονιμότητας έχει αντιμετωπίσει και η αδελφή της. Αυτή είναι η πρώτη της προσπάθεια με εξωσωματική. Η Νίκη είναι αισιόδοξη ως προς την έκβαση. Παρ' όλ' αυτά προβληματίζεται αναφορικά με τα ηθικά ζητήματα που εγείρουν οι διαδικασίες αυτές όπως η κατάψυξη των βλαστοκύστεων και η μείωση των εμβρύων.

Οι συγγενείς του ζευγαριού γνωρίζουν ότι βρίσκονται σε διαδικασία εξωσωματικής και θεωρεί ότι την στηρίζουν. Επίσης σε ότι αφορά το κοινωνικό τους περιβάλλον, οι περισσότεροι φίλοι τους δεν είναι ακόμη παντρεμένοι και γι' αυτό θεωρεί ότι δεν μπορούν να τους καταλάβουν απόλυτα. Η Νίκη και ο σύζυγός της έχουν εικόνα για το παιδί που περιμένουν. Σε περίπτωση αποτυχίας της εξωσωματικής, η Νίκη δεν ξέρει αν και μέχρι ποιου σημείου θα συνεχίσει τις προσπάθειες. Πάντως απ' ότι λέει δεν θα έμπαινε στην διαδικασία της δάνειας μήτρας και της δωρεάς γαμετών.

## **6. Ράνια:**

Η Ράνια είναι 37 ετών, παντρεμένη εδώ και 16 χρόνια από τα οποία τα 12 προσπαθεί ν' αποκτήσει παιδί. Έχει κάνει 4 προσπάθειες εξωσωματικής, χωρίς επιτυχία. Η δυσκολία εντοπίζεται στο ότι η μια της σάλπιγγα είναι εκ γενετής ατροφική και τα τελευταία χρόνια ανακάλυψε ότι πάσχει από υπερινσουλιναϊμία, πράγμα που ενδέχεται να σχετίζεται με την δυσκολία της να συλλάβει. Η Ράνια εργαζόταν στο παρελθόν σε γραφείο, αλλά εδώ κι ένα χρόνο έχει σταματήσει για λόγους που δεν συσχετίζει με την εξωσωματική. Επίσης τον τελευταίο ενάμισι χρόνο δεν έχει κάνει κάποια προσπάθεια IVF, γιατί θα πρέπει πρώτα να σταθεροποιηθεί η

ινσουλίνη της. Στο παρελθόν αναφέρει ότι έχει απολυθεί από την εργασία της επειδή ακολουθούσε πρόγραμμα εξωσωματικής και από την δουλειά της φοβήθηκαν ότι θα έμενε έγκυος –κάτι που πολλές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας αντιμετωπίζουν στην αγορά εργασίας.

Πριν 3-4 χρόνια καταγγέλλει ότι έπεσε θύμα ιατρικής αμέλειας και κινδύνεψε η ζωή της. Σε ότι αφορά τον περίγυρο της, κύριοι σύμμαχοί της είναι ο σύζυγος της, οι γονείς και η αδελφή της. Οι υπόλοιποι, συμπεριλαμβανομένων και των στενών συγγενών του συζύγου, θεωρούσαν την εξωσωματική κάτι πολύ περίεργο και κατά το παρελθόν τους αποθάρρυναν συστηματικά. Τελικά αποφάσισαν να πουν ότι σταμάτησαν τις προσπάθειες και απομακρύνθηκαν κι από τότε θεωρούν ότι ηρέμησαν. Παρ' όλ' αυτά υπάρχει στα λεγόμενα της Ράνιας μια πικρία για τη στάση των ανθρώπων αυτών.

Στην παρούσα φάση ανυπομονεί να ξαναμπεί στην διαδικασία της εξωσωματικής, γιατί νιώθει ότι μπαίνει πια με νέους όρους σαν να είναι η πρώτη φορά. Ταυτόχρονα δυσκολεύεται πολύ να σκεφτεί ότι μπορεί να μείνει χωρίς παιδί και δεν μπορεί να διανοηθεί πώς θα μπορέσει ποτέ να συμβιβαστεί με το γεγονός, αν κάτι τέτοιο συμβεί.

## **7. Ειρήνη:**

Η Ειρήνη είναι 39 ετών, απόφοιτος παν/μιου και αυτό το διάστημα παραδίδει ιδιαίτερα μαθήματα. Είναι παντρεμένη 8 χρόνια από τα οποία τα 7 προσπαθούν με τον σύζυγό της να αποκτήσουν παιδί. Από τα 7 αυτά χρόνια, τα 3 τελευταία έχουν κάνει προσπάθειες εξωσωματικής (έξι). Κάποια στιγμή κατά τις πρώτες σπερματεγχύσεις, συνέλαβε, αλλά απέβαλε. Στο παρελθόν είχε μείνει έγκυος αλλά έκανε έκτρωση επειδή ήταν πολύ νέα για να κρατήσει το παιδί. Εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης αυτής, θεωρούσε ότι δεν υπάρχει περίπτωση να αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας. Τα πρώτα χρόνια των προσπαθειών, πράγματι απ' ότι λέει, δεν υπήρξαν παθολογικά ευρήματα και η υπογονιμότητα τους θεωρούνταν ανεξήγητη. Αργότερα όμως παρουσιάστηκε πτωχή ανταπόκριση των ωοθηκών της στην διέγερση με φάρμακα. Το ότι υπάρχει πρόβλημα πρώτος το υποψιάστηκε ο σύζυγος και ήταν δική του ιδέα να αρχίσουν ελέγχους και προσπάθειες.

Στο κοινωνικό τους περιβάλλον όλοι οι συγγενείς, γνωστοί και φίλοι έχουν παιδιά και η Ειρήνη θεωρεί ότι δεν την καταλαβαίνουν και ότι υποτιμούν τη γνώμη της επειδή εκείνη δεν έχει αποκτήσει ακόμα. Επιπλέον θεωρεί δεδομένο ότι πολλοί από τον κοινωνικό τους περίγυρο ήθελαν σκόπιμα να τους πληγώσουν και να τους μειώσουν. Σε ότι αφορά τους συγγενείς τους, θεωρεί ότι παρ' ότι (οι κοντινοί τουλάχιστον) έχουν καλή πρόθεση, τελικά τους καταπιέζουν. Για τον λόγο αυτό άρχισαν να τους ενημερώνουν εκ των υστέρων για κάθε προσπάθεια. Σε ότι αφορά τη ζωή της θεωρεί ότι η υπογονιμότητα και οι διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής της έχουν αλλάξει τελείως τη ζωή και την εμποδίζουν να κάνει πράγματα που αγαπάει.

#### **8. Δάφνη:**

*Η Δάφνη είναι 36 ετών, ελεύθερη επαγγελματίας και βρίσκεται στον δεύτερο γάμο της. Με τον σύζυγό της είναι παντρεμένοι μόλις 2 εβδομάδες ενώ η σχέση τους έχει διάρκεια 2 χρόνια. Αυτή είναι η πρώτη της προσπάθεια για εξωσωματική και την ημέρα της συνέντευξης θα άρχιζε τη διαδικασία. Για τον λόγο αυτό αρκετές από τις ερωτήσεις που αφορούν την διαδικασία παραλείφθηκαν. Το πρόβλημα της αφορά τις σάλπιγγες τις οποίες έχει αφαιρέσει. Επίσης διαπιστώθηκε ότι είχε συμφύσεις σε όλη την κοιλιακή χώρα, τις οποίες αφαίρεσε πρόσφατα.*

*Η Δάφνη επιθυμούσε πολύ, ανέκαθεν, να αποκτήσει παιδιά, αλλά με τον πρώτο της σύζυγο με τον οποίο ήταν 5 χρόνια μαζί εκ των οποίων τα 2 παντρεμένοι, δεν έκανε ιδιαίτερες προσπάθειες σχετικά, γιατί η σχέση είχε αρχίσει να*

*παρουσιάζει δυσκολίες. Επίσης ο πρώην σύζυγος αντιμετώπιζε το θέμα τους παιδιού ως δικό της θέμα. Ο νυν σύζυγος έχει μια πολύ διαφορετική στάση. Νιώθει ότι την υποστηρίζει κι ότι τη δική του υποστήριξη χρειάζεται (και λαμβάνει) περισσότερο απ' όλων των άλλων.*

*Προκειμένου να μπει στην προσπάθεια έχει ήδη αλλάξει πολλά πράγματα στη ζωή της όπως το ωράριο εργασίας της παρ' ότι η εργασία είναι κάτι σημαντικό γι' αυτή. Απ' το οικογενειακό περιβάλλον τους, ότι είναι σε διαδικασία εξωσωματικής το ξέρει μόνο η μητέρα της κι ότι υπάρχει πρόβλημα κάποιοι συγγενείς και παλιοί της φίλοι επειδή είναι κάτι που γνωρίζει από χρόνια. Οι συγγενείς του συζύγου δεν το γνωρίζουν. Η Δάφνη είναι πάρα πολύ αισιόδοξη για την έκβαση της προσπάθειας κι αυτό όπως παραδέχεται και η ίδια έχει να κάνει με το ότι είναι η πρώτη της προσπάθεια αλλά και με το ότι νιώθει τον σύζυγο κοντά της και η ποιότητα της σχέσης τους της δίνει κίνητρο και αισιοδοξία αναφορικά με το όλο εγχείρημα. Τέλος σε περίπτωση αποτυχίας της προσπάθειας σκοπεύει απ' ότι λέει να συνεχίσει μέχρι το σημείο που θα της το επιτρέψει ο γιατρός της.*

#### **9. Νόρα :**

Η Νόρα είναι 39 ετών και δεν είναι Ελληνίδα. Στην Ελλάδα ζει 11 χρόνια τώρα. Η σχέση της με τον (Ελληνα) σύζυγο της είναι συνολικής διάρκειας 9 ετών ενώ τα τελευταία 5 χρόνια είναι παντρεμένοι. Στο παρελθόν έχει εργαστεί ως υπάλληλος γραφείου. Το τελευταίο διάστημα δεν εργάζεται κι ένας απ' τους λόγους είναι ότι

δυσκολεύεται να συνδυάσει την εργασία εκτός σπιτιού με τις εξετάσεις και τις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η Νόρα έχει μείνει έγκυος αρκετές φορές στο παρελθόν, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις απέβαλε και μάλιστα πολύ νωρίς. Οι γιατροί που την παρακολουθούσαν στο παρελθόν θεωρούσαν ότι η εντύπωση της ότι έχει συλλάβει, ήταν λανθασμένη και απότοκο της φαντασίας της, όταν όμως άλλαξε γιατρό διαπιστώθηκε ότι πράγματι υπήρξαν εγκυμοσύνες που όμως απορρίφθηκαν σε διάφορα στάδια. Ο λόγος για τις αποβολές αυτές παραμένει άγνωστος. Η ίδια δεν αισιοδοξεί για την έκβαση των προσπαθειών και σε μεγάλο βαθμό, απ' ότι αναφέρει τις κάνει για χάρη του συζύγου και για να νιώθει ότι έκανε ότι μπορούσε.

Σημαντικές στην περίπτωση της Νόρας είναι και οι πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στην ίδια και τον σύζυγο, αλλά και στις οικογένειες τους. Η Ελληνική οικογένεια κατά τα λεγόμενα της Νόρας, φαίνεται ότι δυσκολεύεται περισσότερο από την δική της να αποδεχτεί ότι ενδέχεται να μην αποκτήσουν παιδί. Για το λόγο αυτό παρουσιάζονται αρκετά αγχωμένοι. Παρ' όλ' αυτά η Νόρα θεωρεί ότι συμπαραστέκονται και ότι δείχνουν παραπάνω κατανόηση απ' όση αρχικά περίμενε – και κυρίως η πεθερά της- καθώς όπως διαπιστώνει η Ελληνική οικογένεια και κοινωνία, είναι πιο προσανατολισμένη προς τα παιδιά. Σε ότι αφορά τον σύζυγο, τον βιώνει ως παρόντα και υποστηρικτικό, αλλά θεωρεί ότι δεν καταλαβαίνει απόλυτα πώς ακριβώς έχει η κατάσταση και τι σημαίνουν οι προσπάθειές τους για την ίδια. Επιπλέον, απ' ότι λέει θα προτιμούσε να μπορούσαν να συζητήσουν την κατάσταση λίγο περισσότερο σε βάθος σε σχέση με τον τρόπο που την συζητάνε έως τώρα. Θεωρεί ότι εκείνος σε κάποιο βαθμό αποφεύγει το πρόβλημα. Επίσης, ενώ εκείνη σκέφτεται θετικά το ενδεχόμενο υιοθεσίας ή και να μην αποκτήσουν παιδί, εκείνος είναι επιφυλακτικός προς το πρώτο και δεν φαίνεται από τα λεγόμενα της να συνειδητοποιεί το δεύτερο. Η Νόρα σκέφτεται σε περίπτωση αποτυχίας να μην προχωρήσει σε άλλη προσπάθεια γιατί την απασχολεί το θέμα της ηλικίας της κι αναφέρει ότι ανέκαθεν επιθυμούσε μια πιο μικρή διαφορά ηλικίας με το παιδί της.

## **10. Μυρσίνη:**

Η Μυρσίνη είναι 34<sup>ων</sup> ετών, παντρεμένη 5 χρόνια από τα οποία τα 3 τελευταία επιθυμούν με τον σύζυγό της να αποκτήσουν παιδί. Έχει εργαστεί στο παρελθόν ως υπάλληλος γραφείου αλλά τα τελευταία 3 χρόνια είναι άνεργη και το διάστημα αυτό

ψάχνει για δουλειά. Το ότι είναι άνεργη, δεν σχετίζεται με τις προσπάθειες εξωσωματικής. Σε διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν μπει τον τελευταίο χρόνο. Την εποχή της συνέντευξης είχε μόλις αποτύχει η πρώτη τους προσπάθεια με εξωσωματική.

Η αιτία της υπογονιμότητας εντοπίζεται σε έναν πολύποδα που υπήρχε στην μήτρα της και τον αφαίρεσε χειρουργικά. Στην πορεία όμως επανεμφανίστηκε. Ο σύζυγος της την στηρίζει απ' ότι λέει συναισθηματικά, αλλά αισθάνεται άβολα με το πρόβλημα. Έτσι δεν το έχουν ανακοινώσει σε κανέναν εκτός από τους γονείς τους και ένα ζευγάρι συγγενών που τυχαίνει να αντιμετωπίζει παρόμοια δυσκολία, αν και ανεπίσημα στον κύκλο τους γνωρίζουν ότι υπάρχουν κι άλλοι που προσπαθούν με εξωσωματική. Κανείς όμως δεν θίγει το θέμα. Στους συγγενείς και τους φίλους λένε ότι καθυστερούν να αποκτήσουν παιδί για οικονομικούς λόγους. Νιώθει ότι οι άλλοι δεν θα τους καταλάβουν.

Από τους ανθρώπους που γνωρίζουν το πρόβλημα, οι γονείς της τους συμπαραστέκονται και οικονομικά και ηθικά, τα πεθερικά της πάλι δεν είναι θετικά διακείμενα στην προοπτική να αποκτήσουν εγγόνι αν και ο γιος τους είναι μοναχοπαίδι. Οι λόγοι για την στάση αυτή, απ' ότι λέει είναι οικονομικοί. Η Μυρσίνη θεωρεί ότι και ο σύζυγος, περισσότερο συμμετέχει στην προσπάθεια για χάρη της. Θεωρεί ότι τον ενοχλεί κι αυτόν η δυσκολία να αποκτήσουν άμεσα παιδί, αλλά δεν του κοστίζει τόσο όσο στην ίδια. Σε ότι αφορά την διαδικασία της εξωσωματικής την θεωρεί δυνητικά επικίνδυνη και δεν σκοπεύει να συνεχίσει για πολύ τις προσπάθειες. Έχει ήδη ψάξει το ενδεχόμενο υιοθεσίας, κάτι που θα ήθελε πολύ να κάνει είτε αποκτήσει δικό της παιδί είτε όχι. Γενικά υπολογίζει πολύ την υγεία της, ειδικά από τότε που βρέθηκε ο πολύποδας γιατί στην αρχή φοβήθηκε για καρκίνο. Επίσης είχε παρενέργειες από τα φάρμακα της εξωσωματικής (μητρορραγία και εκχυμώσεις στο δέρμα). Θεωρεί ότι αν δούλευε θα αισθανόταν καλύτερα. Ως όριο των προσπαθειών έχει θέσει τα 2 χρόνια.

### ***11. Μαργαρίτα:***

Η Μαργαρίτα είναι 34<sup>ov</sup> ετών και εκπαιδευτικός. Είναι παντρεμένη τα τελευταία 4 χρόνια, αλλά με τον σύζυγο είναι μαζί, συνολικά 20 χρόνια. Από όταν παντρεύτηκαν άρχισαν τις προσπάθειες να αποκτήσουν παιδί, αλλά η επιθυμία έγινε πιο έντονη τα τελευταία 1-2 χρόνια. Πριν 2 χρόνια ανακάλυψαν ότι η Μαργαρίτα έχει



πρόβλημα με την μία σάλπιγγα, οπότε και υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση. Το πρόβλημα αυτό μειώνει την γονιμότητα της κατά 50%. Στην πορεία βρέθηκε ότι και ο σύζυγος αντιμετωπίζει ένα μικρό πρόβλημα με την ποιότητα του σπέρματος. Έτσι ξεκίνησαν προσπάθειες εξωσωματικής. Την εποχή της συνέντευξης, βρίσκονταν στην 4<sup>η</sup> προσπάθεια. Όλες οι προσπάθειες έγιναν μέσα στον τελευταίο χρόνο, αμέσως μόλις ανέρρωσε από το χειρουργείο. Αρχικά ο σύζυγός της ήταν αρνητικός στην ιδέα της εξωσωματικής, αλλά από όταν ανακάλυψαν ότι και ο ίδιος αντιμετωπίζει πρόβλημα, άλλαξε γνώμη. Η Μαργαρίτα θεωρεί ότι συγκριτικά μ' εκείνη, συμμετέχει σε μηδαμινό βαθμό. Η ίδια νιώθει άβολα με τις διαδικασίες.

Σε όλες τις μέχρι τώρα προσπάθειες, ποτέ δεν έχει πιστέψει ότι θα τα καταφέρει κι εκείνο που λέει πως την ενοχλεί περισσότερο είναι ότι σε κάθε προσπάθεια, ενώ ξέρει ότι η προσπάθεια έχει αποτύχει, είναι υποχρεωμένη να κατέβει στη μονάδα για της το ανακοινώσουν. Η ίδια θεωρεί την επιφυλακτικότητα και τον αρνητισμό της να πιστέψει ότι μπορεί να μείνει έγκυος, ως άμυνα γιατί φοβάται την απογοήτευση εάν πιστέψει σ' αυτό και τελικά δεν το αποκτήσει. Θεωρεί ότι θα είναι πολύ δυνατό πλήγμα. Με τον σύζυγο διαφέρουν ως προς την αισιοδοξία (καθώς εκείνος είναι σίγουρος ότι θα πετύχουν) αλλά και ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος. Εκείνος δεν θέλει να το γνωρίζουν τρίτοι, πράγμα που περιορίζει την Μαργαρίτα η οποία είναι άνθρωπος εκδηλωτικός και ανοιχτός. Επιπλέον για κείνον το παιδί ήδη σχεδόν υπάρχει, ενώ για κείνη όχι. Η Μαργαρίτα θεωρεί ότι εξαπατά κάποιους σημαντικούς γι' αυτήν ανθρώπους με την απόκρυψη ενός τόσο σοβαρού ζητήματος. Το έχει εμπιστευθεί μόνο στους γονείς και την αδελφή της και σε κάποιον βαθμό στην κουμπάρα της, αν και πιστεύει ότι όλοι το υποπτεύονται. Λόγω των διαφορών στην αντιμετώπιση της κατάστασης, νιώθει ότι ο σύζυγος της είναι μακριά της αν και θεωρεί ότι υπάρχει αγάπη. Δεν συζητάει άλλες εναλλακτικές και λέει ότι στην δική της συνείδηση οι προσπάθειες με εξωσωματική έχουν ημερομηνία λήξης την οποία όμως ακόμα δεν έχει προσδιορίσει.

## **12. Ινώ:**

Η Ινώ είναι 33<sup>ov</sup> ετών, παντρεμένη πεντέμισι χρόνια από τα οποία τα τριάμισι προσπαθούν με τον σύζυγο της για παιδί. Εργάζεται σε γραφείο. Πριν 10 χρόνια είχε κάνει ένα χειρουργείο για ενδομητρίωση, αλλά απ' ότι λέει ο γιατρός της δεν της είχε πει τίποτα για πιθανά προβλήματα υπογονιμότητας στο μέλλον. Επίσης κατά

διαστήματα παρουσιάζει κύστες στις ωοθήκες. Παρά το ιστορικό αυτό, με τον σύζυγό της δεν είχαν σκεφτεί ποτέ ότι θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν πρόβλημα υπογονιμότητας. Θεώρησαν ότι καθυστερούν να συλλάβουν εξ' αιτίας του άγχους και της στενοχώριας από κάποια οικογενειακή κατάσταση που αντιμετώπιζαν. Η Ινώ λέει ότι ο γυναικολόγος της τους είχε ξεκινήσει προγραμματισμένες επαφές με φαρμακευτική υποστήριξη, παρ' όλ' αυτά και πάλι δεν σκέφτηκαν ότι μπορεί ν' αντιμετωπίσουν πρόβλημα μέχρι που διάβασε σ' ένα περιοδικό υγείας ένα άρθρο που συνέδεε την ενδομητρίωση με την υπογονιμότητα. Η ίδια θεωρεί ότι μέχρι τότε και οι ίδιοι ίσως αρνούνταν να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση. Μετά την συνειδητοποίηση αυτή, υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση με την ελπίδα ότι ίσως αποφύγει την εξωσωματική γιατί ο σύζυγος της ήταν επιφυλακτικός απέναντι στην μέθοδο. Στην πορεία πείστηκε να προχωρήσουν καθώς δεν φαινόταν να υπάρχει άλλη λύση και καθώς αναπτύχθηκε σχέση εμπιστοσύνης με τον γιατρό τους. Μέχρι στιγμής έχουν κάνει δύο προσπάθειες: μια εξ' ολοκλήρου και μία με κατεψυγμένα έμβρυα και σε ένα με ενάμισι μήνα θα ξεκινήσουν και την τρίτη. Η Ινώ είναι πολύ αισιόδοξη για την έκβαση της προσπάθειας αυτής. Το μόνο που την προβληματίζει κάπως είναι οι παρενέργειες των ορμονών και κυρίως η πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου γι' αυτό και έχει βάλει ως αρχικό όριο στον εαυτό της τις 5 ολοκληρωμένες προσπάθειες. Δεν έχει σκεφτεί εναλλακτικές σε περίπτωση αποτυχίας. Σε ότι αφορά τον περίγυρο της, απ' ότι λέει, απ' τη στιγμή που ανακοίνωσαν ότι υπάρχει πρόβλημα και ότι προσπαθούν, οι περισσότεροι τους αντιμετωπίζουν με συμπάθεια και γενικά δηλώνει ευχαριστημένη από τη στάση τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

### ΟΙ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

#### Α. ΠΛΑΝΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

*Η συζήτηση με τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, περιστράφηκε γύρω από ζητήματα που αφορούν την ίδια την εμπειρία της υπογονιμότητας αλλά και θέματα που προκύπτουν από την εμπειρία αυτή και είναι δυνατόν να αφορούν διάφορους τομείς της ζωής τους.*

Τα θέματα που συζητήθηκαν, τέθηκαν υπό μορφή ερωτήσεων που ακολουθούν τα πορίσματα της βιβλιογραφίας που υπάρχει πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής. Στο τέλος κάθε συνέντευξης ζητήθηκε από τις γυναίκες να θέσουν και οι ίδιες ζητήματα που τα θεωρούν σημαντικά και τα οποία είτε δεν συζητήθηκαν, είτε δεν συζητήθηκαν επαρκώς κατά την άποψη τους. Σε αρκετές συνεντεύξεις, τέτοιου είδους επιπλέον ζητήματα προέκυψαν και κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Τέλος, σε ότι αφορά τις θεματικές που θέσαμε, οι συμμετέχουσες φάνηκε να δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε κάποιες είτε μιλώντας πολύ γι' αυτές, είτε αποφεύγοντας τη συζήτηση γύρω από ορισμένα θέματα.

Διαδικαστικά, μετά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, διαβάσαμε 4 φορές την κάθε συνέντευξη, προκειμένου να καταγράψουμε τις θεματικές που προκύπτουν. Με τον τρόπο αυτό προέκυψαν αρκετές θεματικές ενότητες καθώς και η αναγκαιότητα να γίνει κάποια επιλογή που να αφορά το ποιες από αυτές θα αναλυθούν. Κριτήρια στην επιλογή αυτή ήταν η συνάφεια με τα ερευνητικά ερωτήματα αλλά και η ευαισθησία που παρουσίαζαν κάποια από τα θέματα για τις γυναίκες και γίνεται προφανής από την εκτενή ανάπτυξη ή την αποφυγή αναφοράς σε αυτά. Οι θεματικές αυτές άπτονται των εξής ζητημάτων:

- Αλλαγές ζωής και ζητήματα ελέγχου
- Συναισθήματα, σώμα και στρατηγικές αντιμετώπισης
- Περίγυρος: Ποιοι γνωρίζουν, πηγές στήριξης, πιέσεις

- Ένταση στο ζευγάρι
- Κοινωνικές συνέπειες της ατεκνίας
- Κίνητρα
- Εναλλακτικές λύσεις
- Τρόποι αντίστασης

Στην συνέχεια επελέγησαν τα πιο χαρακτηριστικά αποσπάσματα που αφορούσαν τα ζητήματα αυτά και δημιουργήθηκαν ηλεκτρονικά αρχεία ανά θεματική. Η κάθε θεματική αναλύθηκε σε σχετικό κεφάλαιο και τέλος έγινε σύμπτυξη των κεφαλαίων αυτών και πιο σύντομη έκθεση των σχετικών ευρημάτων στην ενότητα που ακολουθεί.

Οι θεματικές αυτές, μας είναι χρήσιμες γιατί συνιστούν πτυχές του *βιώματος* της υπογονιμότητας, που αποτελεί ένα σημαντικό ζητούμενο της έρευνας αυτής, αλλά δίνουν και σημαντικά στοιχεία αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα, μέσα από την καταγραφή μέρους της καθημερινής εμπειρίας των συγκεκριμένων γυναικών, που αφορά στην υπογονιμότητα.

## **B. ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

### **1. Αλλαγές ζωής και ζητήματα ελέγχου**

Στις ευθείες ερωτήσεις πάνω σε ζητήματα ελέγχου, οι περισσότερες γυναίκες δυσκολεύονταν να κατανοήσουν την έννοια του ελέγχου για την περίπτωση τους, όμως κατά τη διάρκεια των συζητήσεων, σε διάφορα άλλα σημεία κατάφεραν να αναδείξουν κάποια θέματα που έχουν να κάνουν με αυτόν:

## Πίνακας 2. Αλλαγές ζωής και Έλεγχος

Αλλαγές ζωής	Έλεγχος
Αλλαγή ή απώλεια εργασίας	Απώλεια προγραμματισμού
Ανάγκη για έντονη συμμόρφωση και προγραμματισμό στις διαδικασίες	Επιθυμία για έλεγχο όλων των πτυχών της διαδικασίας
Οικονομικοί περιορισμοί	Αίσθημα απώλειας ελέγχου και σε άλλους τομείς της ζωής τους

Ένα ζήτημα είναι η υποβάθμιση και της έκτασης και των συνεπειών των αλλαγών που χρειάστηκε να κάνουν στη ζωή τους ή και η μη συνειδητοποίηση της έκτασης τους μέχρι την ώρα της συνέντευξης. Αυτό ενδέχεται να έχει να κάνει με αμυντικούς παράγοντες ή ίσως ακόμα, όπως το έθεσαν και κάποιες απ' αυτές, με το ότι θεωρούν την απόκτηση του παιδιού τόσο σημαντική προτεραιότητα, ώστε όλα τα άλλα έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Ακόμη ανέφεραν δυσκολίες στον προγραμματισμό της ζωής τους σε θέματα όπως άδειες και διακοπές εξ' αιτίας των διαδικασιών της εξωσωματικής. Στην πορεία της συζήτησης όμως, αρκετές αποκάλυψαν και διαπίστωσαν (σε κάποιες περιπτώσεις με έκπληξη) μεγαλύτερες ή μικρότερες αλλαγές που χρειάστηκε να κάνουν παρ' ότι αρχικά δήλωσαν ότι δεν έχει χρειαστεί να κάνουν σοβαρές αλλαγές ή να πειστούν στην καθημερινότητα και γενικά στη ζωή τους.

**Ειρήνη:** «[η εξωσωματική] Μου 'χει αφαιρέσει ουσιαστικά το δικαίωμα να δουλεύω, προσπαθώ να κάνω δουλειά όσο μπορώ που να συμπλέει με την εξωσωματική, μου 'χει αφαιρέσει πολλά πράγματα απ' τη ζωή μου [...] Η εξωσωματική μου 'χει πάρει την ίδια μου τη ζωή [...] Μ' έχει αφήσει πίσω σε χιλιάδες πράγματα! Έχω πάψει να ζω όπως ζούσα.»

Η διαδικασία της εξωσωματικής επίσης είναι μια διαδικασία στην οποία δεν χωράνε αυτοσχεδιασμοί και δεν μπορεί η γυναίκα στην πραγματικότητα να έχει μεγάλο λόγο σε ότι συμβαίνει. Είναι η φύση των διαδικασιών τέτοια που απαιτεί πολύ έντονη συμμόρφωση εκ μέρους της γυναίκας. Αυτό όπως είναι φυσικό, συντελεί τελικά στο να νιώθουν πολλές απ' τις γυναίκες ότι έχουν πολύ μικρό έλεγχο ή και

καθόλου έλεγχου σε μια διαδικασία που τις αφορά από πάρα πολλές απόψεις. Όπως φάνηκε σε αρκετά σημεία των συνεντεύξεων τελικά αυτό συντελεί στο να νιώθουν οι γυναίκες ότι έχουν μειωμένο έλεγχο και σε άλλους τομείς της ζωής τους.

**Κατερίνα:** «Με πειράζει. Δεν θέλω να ελέγχομαι και δεν θέλω να ελέγχω κιόλας. Δηλ. τι εννοώ: νιώθω καμιά φορά τρομερή καταπίεση με το να μετράω τις μέρες, νιώθω φοβερή καταπίεση, ότι ελέγχομαι επειδή πρέπει οι ενέσεις να γίνουν την συγκεκριμένη ώρα ότι πρέπει να πηγαίνω στο γιατρό να τσεκάρει [...]»

Άλλο θέμα που κάποιες καταθέτουν ότι τους δυσκολεύει την καθημερινότητα και τις περιορίζει, είναι το οικονομικό ζήτημα. Η κάθε προσπάθεια κοστίζει αρκετά και κάποιες απ' τις γυναίκες, που αναφέρθηκαν στο θέμα, αναφέρουν ότι χρειάζεται συχνά να περιορίσουν άλλα έξοδα για να προγραμματίσουν οικονομικά την επόμενη προσπάθεια.

**Ειρήνη:** «...αν είχα κρατήσει κορίτσι μου τα λεφτά που έχω δώσει σε εξωσωματικές, θα είχα άλλο μισό σπίτι!»

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που αναδεικνύεται από τις συνεντεύξεις, είναι ότι απ' ότι φαίνεται υπάρχει κάποια συσχέτιση του ελέγχου που αισθάνονται ότι έχουν στην ζωή τους και στην διαδικασία της εξωσωματικής, με την συμμόρφωση προς τις οδηγίες των γιατρών και με τον βαθμό αισιοδοξίας ως προς το αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, κάποιες απ' τις γυναίκες δήλωσαν ότι ακολουθούν κατά προσέγγιση τις ιατρικές οδηγίες ενώ ταυτόχρονα εξέφρασαν και την άποψη ότι έχουν πολύ μικρό έλεγχο πάνω στις διαδικασίες και δεν πίστευαν ότι η προσπάθεια τους θα επιτύχει. Κάποιες επίσης ανέφεραν ότι σε προηγούμενες προσπάθειες και έχοντας την πεποίθηση ότι αποκλείεται η προσπάθεια να έχει επιτύχει, συνέχιζαν να επιδίδονται σε δραστηριότητες επίπονες σωματικά. Σε κάποια απ' αυτές τις περιπτώσεις υπήρξε εγκυμοσύνη την οποία η γυναίκα έμαθε από την αποβολή που ακολούθησε.

Κάποιες άλλες, παρ' όλ' αυτά θεωρούν ότι υπάρχουν τρόποι να βοηθήσουν κι εκείνες την έκβαση της προσπάθειας όχι μόνο ακολουθώντας τις συμβουλές των γιατρών, αλλά αλλάζοντας κάποιες απ' τις συνήθειες της καθημερινότητας τους προς μια πιο υγιεινή κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές είναι συνήθως στις πρώτες προσπάθειες. Επίσης εκτός από αίσθημα μεγαλύτερου ελέγχου, παρουσιάζονται να

είναι και πιο αισιόδοξες ή και κατά βάθος σίγουρες ότι δεν θ' αργήσει να έρθει το παιδί που περιμένουν.

Ένα άλλο ενδιαφέρον σημείο, είναι το ότι είναι δυνατόν να υπάρχει δυσπιστία εκ μέρους των γυναικών σε ότι αφορά τις διαδικασίες που ακολουθούν οι μονάδες εξωσωματικής ακόμη κι αν συνεργάζονται με τις μονάδες αυτές και η οποία φανερώνει με ένα λογικοφανή τρόπο την αποξένωση που αρκετοί άνθρωποι είναι δυνατόν να αισθανθούν εφ' όσον χρειαστεί να καταφύγουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι γυναίκες νιώθουν επίσης ότι χάνουν τον έλεγχο πάνω στις αναπαραγωγικές τους λειτουργίες όπως και οι άνδρες. Όπως και οι άνδρες σε κάποιες περιπτώσεις εκφράζουν τον φόβο ότι μπορεί να μην χρησιμοποιηθεί το δικό τους σπέρμα, έτσι και οι γυναίκες κάποιες φορές νιώθουν το φόβο ότι μπορεί να μην χρησιμοποιηθεί το σπέρμα του συντρόφου τους ή το ωάριο το δικό τους:

***Μαργαρίτα:** «Από ένα σημείο και μετά στο θέμα εξωσωματική, δεν έχεις καμία ανάμειξη και κανέναν έλεγχο. Ότι σου λένε, πρέπει να το δεχτείς. Σου λένε ότι αυτό το ωάριο είναι δικό σου. Δικό μου είναι αυτό; Σάμπως το ξέρω; Και να μου το δείξεις θα καταλάβω εγώ ότι είναι δικό μου; Σου λένε ότι το γονιμοποιημένο είναι το δικό σου και του συζύγου. Το ξέρω; Μπορεί του συζύγου να έπεσε το μπουκαλάκι κάτω, να σπασε. Τι θα γυρίσει να μου πει; Μπορεί να βάλει ένα άλλο. Το ξέρω; Δεν το ξέρω. Δεν μ' απασχολεί ιδιαίτερα αυτό, δεν μπαίνω σ' αυτή τη διαδικασία. Απλά το αναφέρω ως μια σκέψη, ότι σου 'ρχεται κι αυτό στο πίσω μέρος του μυαλού. Δεν έχεις έλεγχο. Τον έλεγχο της κατάστασης.»*

Κάποιες αισθάνονται μια δυσπιστία απέναντι στις διαδικασίες της εξωσωματικής γιατί νιώθουν ότι δεν έχουν πρόσβαση και έλεγχο σε όλη τη διαδικασία. Δηλώνουν ότι θα επιθυμούσαν να γνωρίζουν και τα εργαστηριακά στάδια της διαδικασίας της εξωσωματικής.

***Μαργαρίτα:** «Με ενοχλεί που δεν γνωρίζω κάποια πράγματα. Ναι. Κι ας μην καταλαβαίνω τίποτα, εγώ θα 'θελα να μπω μέσα στο εργαστήριο. Ναι ρε παιδί μου, κι ας μην ξέρω ότι είναι δικό μου, να δω πως είναι. Πως γίνεται η*

διαδικασία. Ναι. Θα θελα. Δεν το 'χω ζητήσει όμως ποτέ. Και δεν πρόκειται να το ζητήσω.»

Η απώλεια ελέγχου που βιώνουν οι γυναίκες όταν ξεκινήσουν κάποιες προσπάθειες με εξωσωματική, είναι δυνατόν να αφορά την διατάραξη του προγράμματός τους, καθώς λένε ότι θα πρέπει να προσαρμόζουν κάποιες δραστηριότητες σύμφωνα με το πρόγραμμα της εξωσωματικής.

**Γιάννα:** «Λέω απλά, γιατί κάποιον μπορούμε ας πούμε να... **ό,τι** θέλουν να μπορούν να το προγραμματίζουν ενώ εγώ... δεν μπορώ. Δηλαδή εγώ δεν μπορώ ούτε την άδειά μου την καλοκαιρινή τώρα να την προγραμματίσω γιατί δεν ξέρω πως θα εξελιχθεί η προσπάθεια. Δηλαδή αν θα πετύχει δεν θα πρέπει να ζητήσω άδεια, δεν θα μπορώ να φύγω διακοπές. Αν δεν πετύχει θα μπορώ. Αλλά πρέπει εγώ να το δηλώσω από τώρα. Ενώ τώρα δεν ξέρω τι θα γίνει για να...»

Εκτός όμως από την διατάραξη της καθημερινότητας και των δραστηριοτήτων που χρειάζονται προγραμματισμό, η αίσθηση ότι κάτι βρίσκεται σε εκκρεμότητα, είναι δυνατόν να επεκταθεί σε ολόκληρη την κοσμοθεωρία τους και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τη ζωή τους:

**Ράνια:** «...ενώ η ζωή μου ήταν ας πούμε ανέμελη, ξένοιαστη, όλα τα θεωρούσες φυσιολογικά, έτσι; Δηλ. όπως παντρεύτηκα θα κάνω ένα παιδί, θα κάνω δεύτερο πχ... ξαφνικά ας πούμε... σου τ' αλλάζει όλα! Έτσι; Δηλ. είναι σαν να... τι να σου πω! Να αλλάξεις πορεία! Πώς να το πω. Δηλ. να έχεις χαράζει και να πεις ότι θα πάω στην Αθήνα μ' αυτό τον τρόπο, έτσι; Και ξαφνικά να πρέπει να πάς μέσω... [...] μέσω Λαμίας! Και σου αλλάζει όλο αυτό το πρόγραμμα και τη διαδρομή που είχες στο μυαλό σου. Και σαφώς και το άγχος είναι πάρα πολύ, έτσι; Ντάξει, μπορεί να μην το καταλαβαίνεις στην αρχή γιατί δεν ξέρεις, υπάρχει άγνοια, αλλά τη δεύτερη φορά ξέρεις ας πούμε, τι αντιμετωπίζεις. Ξέρεις τι γίνεται»

## 2. Συναισθήματα, σώμα και στρατηγικές αντιμετώπισης



Τα συναισθηματικά στάδια από τα οποία διέρχονται οι γυναίκες είναι πάρα πολλά και ποικίλουν ανάλογα με την φάση, τη διάγνωση και τον αριθμό των προσπαθειών. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην διάγνωση της υπογονιμότητας ακολουθούν την πορεία που ακολουθούν τα συναισθήματα στα χρόνια νοσήματα. Σε γενικές γραμμές οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν την παρακάτω πορεία των συναισθημάτων που βίωσαν.

### Πίνακας 3. Συναισθήματα

<b>Όταν μαθαίνουν ότι υπάρχει πρόβλημα:</b>
Σοκ, Φόβο μήπως δεν αποκτήσουν παιδί αλλά και για την υγεία τους, Ανασφάλεια, Αβεβαιότητα, Ενοχή προς τον σύντροφο
<b>Όταν ξεκινούν διαδικασία:</b>
Ελπίδα, Ανυπομονησία
<b>Όταν αποτυγχάνουν οι πρώτες προσπάθειες:</b>
Αμφιβολία, Αίσθημα ελλειμματικότητας, Άγχος, Θλίψη, Κατάθλιψη, Απόγνωση, Απογοήτευση, Φόβο ότι ποτέ δεν θα αποκτήσουν παιδί
Μοναξιά, Αδικία, Ανακούφιση που τελείωσε η προσπάθεια, Ξανά ελπίδα και προσδοκία
<b>Από τον περίγυρο εισπράττουν:</b>
Έλλειψη κατανόησης, Υποτίμηση
<b>Προς τον περίγυρο νιώθουν:</b>
Θυμό, Ζήλια, Οργή, Αγανάκτηση, Απόσταση

Αρχικά όλες οι γυναίκες μίλησαν για μια κατάσταση σοκ. Ακόμη κι αν για λόγους οικογενειακού ή ατομικού ιστορικού υποψιάζονταν ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν πρόβλημα, το σοκ δεν είναι μικρότερο. Στο ναρκισσιστικό πλήγμα που καταφέρει στην αυτοεκτίμησή τους μια τέτοια διάγνωση, έρχεται να προστεθεί και ο φόβος μήπως τους συμβαίνει κάτι σοβαρό και η ανασφάλεια ότι δεν ξέρουν μέχρι ποιο σημείο θα πρέπει να προχωρήσουν τόσο από πλευράς παρεμβάσεων, όσο και από πλευράς διαδικασιών καθώς είναι δυνατόν να ξεκινήσουν από προγραμματισμένη επαφή και να χρειαστεί να προχωρήσουν μέχρι την εξωσωματική.

**Κλαίρη** «...όταν είσαι σε μια τέτοια φάση... είναι πολύ... είσαι σαν χαμένη, δεν ξέρεις τί να κάνεις γιατί ενώ σου λέει ότι πρέπει να πας σε μια πιο δραστική λύση που είναι η εξωσωματική δεν μπορείς να σκεφτείς είναι η αλήθεια και πολύ προσγειωμένα. Εκείνη την ώρα νομίζεις ότι έχεις χάσει τ' αυγά και τα πασχάλια. [...] Σοκ είναι. Δεν είναι κάτι εύκολο, δηλαδή λες, δεν μπορείς να το χωνέψεις κατ' αρχήν λες τώρα τι να συμβαίνει, είναι σοβαρό, δεν είναι σοβαρό, μέχρι που θα φτάσει ας πούμε [...] Δεν πίστευα ότι θα φτάναμε μέχρι εκεί. Δηλαδή πίστευα ότι ήτανε πιο εύκολη η λύση. Βέβαια στην πορεία διαψεύστηκα. Τί να κάνουμε...»

Η επόμενη αντίδραση είναι κατά κανόνα η άρνηση. Υπάρχει μια ελπίδα ότι μπορεί να έχει γίνει κάποιο λάθος, ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο σοβαρά κι ότι μπορεί να γίνει ένα θαύμα και να μην χρειαστεί να ακολουθήσουν τις διαδικασίες που προτείνουν οι γιατροί. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτή η άρνηση είναι δυνατόν να φτάσει μέχρι το σημείο της αίσθησης ότι βρίσκονται σε λάθος τόπο και μιλάνε με λάθος άνθρωπο:

**Ειρήνη:** «Θεωρούσα δηλ. ότι σερνόμουν σε μια διαδικασία, και είχα μπει σε μια διαδικασία η οποία δεν με αφορούσε! [...] Απλά θεωρούσα ότι εμάς δε μας αφορά.»

Καθώς οι διαδικασίες προχωρούν, γεννιέται η ελπίδα ότι δεν θ' αργήσουν να αποκτήσουν το παιδί που θέλουν. Οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν σ' αυτή τη φάση ότι με την πρώτη ή δεύτερη προσπάθεια θα συλλάβουν. Η πεποίθηση αυτή εδράζεται αφ' ενός στον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζονται τα επιτεύγματα της ιατρικής και της τεχνολογίας ως πανάκεια και αφ' ετέρου για λόγους συναισθηματικής άμυνας:

**Ινώ:** «Μέσα μου πίστευα ότι έφτασα σε σημείο δηλ. να έχω κάνει όλες τις προσπάθειες πριν. Να έχω περάσει τέτοια ταλαιπωρία πριν, αφού έφτασα κι έκανα εξωσωματική, δεν είχα στη σφαίρα του μυαλού μου ότι προσπάθησα. Ενώ άκουγα τις γυναίκες ότι είχανε κάνει πάρα πολλές προσπάθειες, ε... δεν υπήρχε στη σφαίρα του μυαλού μου ότι θα αποτύχω.»

Το ότι μια γυναίκα και πριν ακόμα φτάσει στην λύση της εξωσωματικής έχει ταλαιπωρηθεί και το ότι η εξωσωματική είναι μια απ' τις τελευταίες επιλογές που έχει κανείς στη διάθεση του, δημιουργεί τη σκέψη ότι είναι λογικό αυτή η λύση να πετύχει, στα πλαίσια μιας νοοτροπίας και μιας ελπίδας ότι για όλα υπάρχει μια λύση.

Κατά το διάστημα αυτό υπάρχει και μια ανυπομονησία να επιτύχει η προσπάθεια και να αρχίσουν οι αλλαγές στο σώμα, τη ζωή και την καθημερινότητα.

Η ανυπομονησία αυξάνει εφ' όσον έχουν προηγηθεί κάποιες επιτυχημένες προσπάθειες που χρειάστηκε όμως να διακοπούν:

*Λίνα:* «Ναι, βιάζομαι. Όχι ανησυχώ, βιάζομαι. Βιάζομαι να πάνε όλα καλά, εε.. να φτάσω στους τρεις μήνες όπου όλα θα είναι καλά [...] Τώρα και μια γυναίκα που δεν έχει ποτέ της μείνει έγκυος και δεν ξέρει, είναι... βιάζεται να δει τις αλλαγές, το ένα, το άλλο.»

Εφ' όσον οι προσπάθειες χρονίσουν, συχνά εμφανίζονται και συναισθήματα αμφιβολίας που συνήθως αφορούν τους λόγους για τους οποίους η γυναίκα θέλει να κάνει παιδί. Λόγω των διαδικασιών είναι δυνατόν και απολύτως αναμενόμενο κάπου στο βάθος ν' αρχίσει ν' αναρωτιέται αν πράγματι αξίζει τον κόπο όλη αυτή η προσπάθεια και η ταλαιπωρία και αν είναι όντως μια δική της επιλογή και απόφαση. Απ' ότι λένε οι ίδιες οι γυναίκες, η απάντηση στο ερώτημα αυτό –όπως και σε όλα τα άλλα- είναι συνάρτηση της στιγμής γιατί οι συναισθηματικές μεταπτώσεις που έχουν να κάνουν πχ με άσχημα νέα, είναι ένα συχνό φαινόμενο. Το ίδιο φαινόμενο των συναισθηματικών μεταπτώσεων συχνά αποδίδεται από τις γυναίκες και στα φάρμακα της εξωσωματικής. Η αμφιβολία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Την αμφισβήτηση αν όντως θέλει το παιδί (Ράνια), το αν το θέλει επειδή δυσκολεύεται να το έχει (Μαργαρίτα) ή αν το θέλει για ν' αποδείξει στους Άλλους ότι *μπορεί* (Ειρήνη).

**Ράνια:** «**Κι απ' την άλλη, ντάξει, είναι λίγο αντιφατικό, μερικές φορές έχω πιάσει τον εαυτό μου, που έχω πει: καλά δεν είσαι έτσι; τι θέλεις τώρα δηλ.; να βάλεις ένα μπελά στο κεφάλι σου; Ναι. Δηλ. πολλές φορές έχω πιάσει τον εαυτό μου, βέβαια αναιρώ και λέω τι σκέφτεσαι τώρα!**»

*Μαργαρίτα:* «Τα τελευταία 1-2 χρόνια έχει γίνει ψυχολογικά έντονη η επιθυμία λόγω του ότι δεν μπορείς κιάλας. Μ' αυτή την έννοια. Ότι όσο βλέπεις και δεν έρχεται, τόσο πιο πολύ λες, «γιατί»; [...] Οπότε δεν είσαι σίγουρη αν τελικά το

*θέλεις γιατί θέλεις το παιδί ή το θέλεις γιατί δεν μπορείς και προσπαθείς να κάνεις αυτό που δεν μπορείς.»*

**Ειρήνη:** *«Πάρα πολλές φορές αναρωτιέμαι αν είναι προσωπική επιδίωξη ή για να... για να αποδείξω κάτι στον εαυτό μου πρώτα και μετά στο σύζυγο και στους υπόλοιπους ή αν όντως θέλω ένα παιδί.»*

Επακόλουθο τόσο των αντικειμενικών καταστάσεων αλλά και της συναισθηματικής διαπραγμάτευσης του προβλήματος, είναι να αυξάνει το άγχος. Το άγχος συνήθως αφορά την έκβαση της προσπάθειας και τις ανησυχίες ότι μπορεί να μην αποκτήσουν τελικά παιδί αλλά και φόβους για τυχόν προβλήματα υγείας που φοβούνται ότι ίσως να προκύψουν από την εξωσωματική. Ως χειρότερο φόβο περιγράφουν το να τους αποκλείσουν κάθε πιθανότητα για παιδί και κάποιες το φόβο για την υγεία τους και τη ζωή τους.

**Ειρήνη:** *«Να μείνεις χωρίς παιδί [μόλις που ακούγεται]. Δεν υπάρχει χειρότερος φόβος. Και να αναρωτιέσαι τι να κάνεις τη ζωή σου χωρίς παιδί. Όσοι έχουνε παιδιά ξέρεις λένε: θα πάρω τώρα ας πούμε αυτό το εξοχικό κι αύριο θα μείνει στα παιδιά μου όταν θα 'χω κλείσει τα μάτια. Εγώ τι να πω; Θα μείνει πού; Ντάξει, ευτυχώς έχω κι ένα ανιψάκι, να του μείνει! [γελάει].»*

**Κατερίνα:** *«... οι δύο μεγαλύτεροι μου φόβοι είναι αυτοί. Μην έχω συνέπειες ας πούμε στην υγεία μου, και το άλλο, μη μου αποκλείσει κάθε πιθανότητα για παιδί. Αυτό.»*

Προεξάρχον συναίσθημα σε διάφορα σημεία της πορείας τους είναι η θλίψη και το πένθος. Πενθούν την προσωπική τους τέλεια εικόνα που διαταράσσεται από την διάγνωση και την αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης, αλλά και για το παιδί που δυσκολεύονται να αποκτήσουν και για όσα αυτό πιστεύουν ότι θα φέρει στη ζωή τους και προς το παρόν στερούνται. Συχνά τα αισθήματα θλίψης και το πένθος φτάνουν μέχρι την απόγνωση και την κατάθλιψη:

**Ειρήνη:** *«Κοίτα. Όταν έφαγα το πρώτο ηχηρό χαστούκι με την εξωσωματική, δεν το άντεξα ψυχολογικά, πέρασα μια ωραιότατη κατάθλιψη με όλα τα στοιχεία που έχει μια κατάθλιψη, δεν έβγαίνα από το σπίτι, δεν ήθελα να ζυπνάω, δεν ήθελα να ζω και όλα τα σχετικά. Δεν το μοιραζόμουνα και με κόσμο πέρα από τον άντρα μου και κάποιους πολύ πολύ καλούς φίλους που ήταν μετρημένοι στα δάχτυλα του ενός χεριού.»*

**Λίνα:** *«...ήθελα να πέσω στο πρώτο αυτοκίνητο να...»*

Μια απ' τις πιο δύσκολες συναισθηματικά στιγμές που περιγράφουν είναι η ανακοίνωση των αρνητικών αποτελεσμάτων. Εκεί συνυπάρχουν η θλίψη, η απόγνωση, η απογοήτευση και ο φόβος ότι ποτέ δεν θα τα καταφέρουν.

**Ράνια:** «...όταν παίρνεις αρνητικό αποτέλεσμα, φεύγει η γη κάτω απ' τα πόδια σου. Λες δεν θέλω ούτε να φάω, ούτε ν' αναπνέω, ούτε να ζω, ούτε τίποτα!»

**Λίνα:** «Και τις... ήτανε τρεις φορές, [...] τα οποία... έσπασα και τα τρία τηλέφωνα.»

Εν μέρει επακόλουθο της κατάθλιψης που πολλές από τις γυναίκες αισθάνονται μετά από την αποτυχία της προσπάθειας είναι και ένα βαθύ αίσθημα μοναξιάς σ' όλη αυτή την πορεία. Αισθάνονται απόσταση που όλο και μεγαλώνει ακόμα κι από ανθρώπους πολύ κοντινούς κι αγαπημένους κι ακόμα κι από τους συζύγους τους οι οποίοι μοιράζονται αυτή τη διαδικασία σε όλα τα επίπεδα πλην του σωματικού. Μπορεί η συμμετοχή τους στο επίπεδο αυτό να είναι μικρή κι αυτό να κάνει σπουδαία διαφορά καθώς δεν χρειάζεται να νιώσουν το σώμα τους να παραβιάζεται και τους φόβους για την υγεία τους που νιώθουν πολλές γυναίκες, αλλά μοιράζονται και τα όνειρα και τις προσδοκίες και μια καθημερινότητα δύσκολη μαζί με τις γυναίκες. Την απόσταση αυτή περιγράφει πολύ ωραία η Μαργαρίτα:

**Μαργαρίτα:** «Δεν είναι ότι δεν τον αγαπάω, δεν είναι ότι δεν έχω μια καλή σχέση. Όταν είσαι μ' έναν άνθρωπο 20 χρόνια, σημαίνει ότι κάτι έχεις. Δεν έχει να κάνει το ένα με τ' άλλο. Έχει να κάνει το ότι αυτός ο άνθρωπος είναι ένας ξένος. [...] Αυτός ο άνθρωπος δεν είναι αίμα σου, είναι ένας ξένος, είναι μια επιλογή σου. Αυτό που περνάς τώρα, θέλεις να το καταλάβει κάποιος που είναι μέσα σου και σε συναισθάνεται κι έχει το ίδιο αίμα με σένα. Έτσι αισθάνομαι εγώ. Όχι ότι ο άντρας μου δεν μ' αγαπάει και δεν με φροντίζει και δεν καταλαβαίνει τι περνάω. Όλ' αυτά. Ναι, ναι. Όλα! Όλα! Όλ' αυτά τα κάνει ο άντρας μου. Δεν είναι αίμα όμως. Δεν είναι αίμα. Δεν είν' αυτό που θα κοπείς κι ο άλλος θα πονέσει. Όχι. Θα κοπείς και θα τρέξει να σου φέρει το χανσαπλάστ. Κάτσε αγάπη μου να σε περιποιηθώ.»

Μέσα σ' αυτή τη μοναξιά, έρχεται να προστεθεί πολλές φορές και η πίεση να ακολουθούν διαδικασίες που τις θεωρούν περιττές ή που τις επιβαρύνουν ψυχολογικά, όπως ενώ γνωρίζουν ότι *ούτε* αυτή τη φορά πέτυχε, να πρέπει να κάνουν κανονικά τις εξετάσεις που θα τους το επιβεβαιώσουν. Έρχονται στιγμές που ενώ με την λογική γνωρίζουν ότι πρέπει να τηρηθεί η διαδικασία, συναισθηματικά η διαδικασία αυτή βιώνεται σαν *ειρωνεία*. Η ειρωνεία αυτή εντάσσεται σε πολλές περιπτώσεις σε ένα σύστημα ευρύτερης υποτίμησης που απ' ό,τι φαίνεται αρκετές από αυτές προσλαμβάνουν από τον οικογενειακό και φιλικό περίγυρο. Όχι σπάνια, τελικά την εσωτερικεύουν και οι ίδιες υπό μορφή υποτίμησης του εαυτού:

**Κλαίρη:** «Όχι, θα ήμουν *ηλίθια*<sup>6</sup>, δεν μπορώ να εκφέρω γνώμη για το ποια είναι η καλύτερη μάρκα για *rampers*. Μπορώ να εκφέρω γνώμη αφού δεν ξέρω; [...] Όχι συνέχεια να λες εσύ τις δικές σου θεωρίες χωρίς να έχεις ασ πούμε παιδί.»

Η υποτίμηση και το έντονο αίσθημα αδικίας που βιώνουν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, καλλιεργούν ένα κατώτερο κοινωνικό status για τον πληθυσμό αυτό με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται –και πολύ δικαιολογημένα- συναισθήματα ζήλιας ή ακόμα και φθόνου σε κάποιες περιπτώσεις για τις γυναίκες εκείνες που συλλαμβάνουν εύκολα.

**Κλαίρη:** «Ναι, ναι, ναι, ναι πολλές φορές αυτό το γιατί: γιατί να το θέλω τόσο πολύ και να μην μπορώ και γιατί να μην το θέλουνε κάποιοι και να το 'χουνε και να το πετάνε. Αυτό είναι το μόνιμο, η μόνιμη απορία που έχει μια γυναίκα που βιώνει αυτή την κατάσταση. Είναι μόνιμη απορία. [...] Αδικία της φύσης, αυτό το θεωρώ. Το θεωρώ ότι είναι αδικία δηλαδή γιατί να έχει το προνόμιο μια γυναίκα η οποία δεν θέλει, δεν τ' αγαπάει και αν της τύχει το πετάει ασ πούμε γιατί να το βιώνει, και γιατί να είναι τυχερή και να μπορεί να το αποκτάει σε εισαγωγικά ασ πούμε γιατί το τυχερή ασ πούμε... κι εγώ που το θέλω τόσο πολύ και το προσπαθώ και φτύνω αίμα ασ πούμε για να το κάνω, να μην έρχεται. Εκεί είναι να είναι να σε πιάνει... η αλήθεια είναι.»

---

<sup>6</sup> Η υπογράμμιση δική μου

**Μαργαρίτα:** «Ναι, ναι ζήλια. Γιατί ο άλλος έχει κάτι που εσύ δεν μπορείς να 'χεις»

Η ζήλια είναι ένα πολύ δύσκολο συναίσθημα με αποτέλεσμα να μην αντέχουν όλες οι γυναίκες να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της. Αυτό πιθανόν έχει να κάνει και με την διαδεδομένη ταύτιση της ζήλιας με τον φθόνο. Η παραδοχή πάντως είτε του ενός, είτε του άλλου συναισθήματος αποτελεί στην ουσία ομολογία μιας κατωτερότητας ή μιας έλλειψης και την παραδοχή του άλλου ως καλύτερου ή με κάποιο τρόπο ισχυρότερου. Ίσως γι' αυτό και να είναι τόσο πολύ δύσκολο σαν συναίσθημα.

Εκτός από τα συναισθήματα που απευθύνονται προς τους γονείς, ενδιαφέρον έχουν και τα αισθήματα που εγείρουν καταστάσεις όπου εμπλέκονται πολλά παιδιά. Η Μαργαρίτα είναι δασκάλα και περιγράφει στο απόσπασμα που ακολουθεί την εμπειρία της στο σχολείο:

**Μαργαρίτα:** «Εγώ προσωπικά θεωρώ ότι είναι [-] μια μαχαιριά ακόμα πιο βαθιά. Γιατί αυτή τη δουλειά! Γιατί αυτή τη δουλειά! [μόλις ακούγεται] δεν μπορούσα να έχω μια άλλη; Έπρεπε ακόμα κι εκεί να μου το υπενθυμίζεις κάθε μέρα ας πούμε; Αυτό αισθάνομαι εγώ. Όσον αφορά τη δουλειά μου. Παρ' όλο που πάνω στη δουλειά δε μου βγαίνει. Δόξα τω θεώ πιστεύω ότι στη δουλειά μου είμαι εντάξει. Δε μου βγαίνει αυτό το αρνητικό. Απλά στη σκέψη μου, μου βγαίνει. Δεν μπορούσα να 'χω άλλη δουλειά; Γραμματέας, πωλήτρια, στο φούρνο. Κάτι άλλο! Ήταν ανάγκη να μπω μες στο σχολείο, μέσα στα παιδιά τα μικρά; Αυτό! [γελάει] Εντάξει; Τα κλάματα επιτρέπονται;»

Η εμπειρία της υπογονιμότητας είναι δυνατόν να θέσει υπό αμφισβήτηση σημαντικότερες επιλογές ζωής όπως είναι για την Μαργαρίτα το επάγγελμα της ή για άλλες γυναίκες το ότι δεν ξεκίνησαν νωρίτερα προσπάθειες. Κι η αμφισβήτηση αυτή με τη σειρά της είναι δυνατόν να εγείρει θυμό κυρίως προς τον εαυτό αλλά και προς τους άλλους. Συχνά η δυσκολία βιώνεται ως αδικία για την οποία κατηγορούνται ο Εαυτός, η μοίρα, ο Θεός αλλά και οι κοινωνικές συνθήκες για ζητήματα όπως αυτό της υιοθεσίας. Τη στιγμή που υπάρχουν οικογένειες που επιθυμούν τόσο έντονα ένα παιδί, διαδικασίες όπως αυτές των υιοθεσιών είναι εξαιρετικά δύσκολες και χρονοβόρες. Κι αυτό εντείνει σε πολλές περιπτώσεις το συναίσθημα της αδικίας που νιώθουν οι γυναίκες:

**Ράνια:** «Και μάλιστα απ' την άλλη όταν οι υιοθεσίες ας πούμε είναι πάρα πολύ δύσκολες, έτσι; και βλέπεις ας πούμε τα παιδάκια στα ιδρύματα να κλαίνε, να κάνουνε,

**να έχουνε διάφορα προβλήματα είτε ψυχολογικά, είτε...  
[...] Και να στερούνται την οικογένεια, και να λες ας  
πούμε, κοίτα να δεις! Γιατί; Γιατί ας πούμε! Γιατί αυτό  
το παιδάκι να μεγαλώνει στο ίδρυμα; Έτσι; αφού  
υπάρχουν οικογένειες. Και να είναι η διαδικασία τόσο  
περίπλοκη, τόσο χρονοβόρα! Τόσο... κι εκεί ας πούμε  
ξέρεις, σε... πέφτεις!»**

*Μετά από κάθε προσπάθεια, υπάρχουν και κάποιες που ανεξάρτητα απ' την έκβαση της αισθάνονται κάποια ανακούφιση. Τα αισθήματα ανακούφισης συνδέονται με την δυσκολία που κάποιες από τις γυναίκες αναφέρουν ότι βιώνουν σε σχέση με τις γυναικολογικές διαδικασίες:*

**Ειρήνη:** «Αλλά εντάξει. Όταν φεύγω και λέω, τουλάχιστον τώρα δε θα ξαναπάω για υπέρηχο, δε θα ξανακάτσω στη γυναικολογική καρέκλα, νιώθω καλά. Εμένα με πειράζει αυτό το κομμάτι.»

Το ότι οι γυναίκες, εφ' όσον αποφασίσουν ότι θέλουν να προσπαθήσουν με εξωσωματική για παιδί θα πρέπει να ακολουθήσουν διαδικασίες με τις οποίες συχνά αισθάνονται άβολα, είναι δυνατόν να τις κάνει να νιώσουν αδικημένες σε σχέση με τους συζύγους τους:

**Μαργαρίτα:** «Η δική του συμμετοχή είναι μόνο αυτή, κάνοντας κάτι το οποίο κακά τα ψέματα, ούτε άγνωστο του είναι, ούτε πρωτόγνωρο. Ενώ εμείς, μπαίνουμε στη διαδικασία να κάνουμε αρκετά πράγματα που ούτε τα ξέραμε, ούτε μας αρέσουνε, ούτε αισθανόμαστε άνετα και μας είναι εύκολο. Και δεν μιλάω μόνο για το θέμα της εξέτασης. Της εξωσωματικής μάλλον. Των φαρμάκων ή των ενέσεων, μιλάω και από άποψη της εξέτασης της γυναικολογικής. Δηλ. ανεξάρτητα απ' το θέμα της εξωσωματικής, δεν νομίζω ότι θα βρεις μια γυναίκα που θα σου πει ότι πάω στον γυναικολόγο και ανοίγει το φυλλοκάρδι μου! Ανοίγω τα πόδια μου και χαίρομαι.»



Το αίσθημα παραβίασης των ορίων του σώματος, αναφέρεται είτε άμεσα με την αναφορά στις γυναικολογικές διαδικασίες όπως συνάγεται αβίαστα και από το παραπάνω απόσπασμα, είτε στον τρόπο που βιώνουν την χρήση των φαρμάκων:

**Ειρήνη:** «Και μετά **βομβαρδίζονται** οι ωοθήκες, όλο το γεννητικό σύστημα γενικότερα, αλλά **βομβαρδίζονται**<sup>7</sup> οι ωοθήκες στις γυναίκες. Οι γιατροί δηλαδή καμιά φορά δίνουν και αντισυλληπτικά μετά για να πάψει η λειτουργία των ωοθηκών.»

Ένα σημείο που πρέπει να τονιστεί, είναι ότι και στην έρευνα αυτή -όπως και σε άλλες, οι γυναίκες μίλησαν για συναισθηματική αστάθεια και συναισθηματικές μεταπτώσεις. Οι ίδιες απέδωσαν το φαινόμενο αυτό στην λήψη των φαρμάκων αλλά και στον κυκλικό χαρακτήρα των διαδικασιών. Εκτός αυτών, την διακύμανση αυτή των συναισθημάτων ακολουθούν και οι πεποιθήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της προσπάθειας. Εφ' όσον υπάρξουν κάποιες αποτυχημένες προσπάθειες και όσο περνάει ο καιρός και οι προσπάθειες δεν ευοδώνονται, αρκετές γυναίκες αρχίζουν κατά βάθος να αμφιβάλουν για το κατά πόσο η προσπάθεια τους αξίζει τον κόπο και για το κατά πόσο θα έχουν αποτέλεσμα. Οι ίδιες λένε ότι ανάλογα με τα συναισθήματα και την συγκυρία, κρίνεται και η απάντηση στα ερωτήματα γύρω απ' τις διαδικασίες. Όπως τα συναισθήματα αλλάζουν (πχ με μια προσπάθεια που δεν επέτυχε) ανάλογα αλλάζουν και οι απαντήσεις στις εσωτερικές αμφιβολίες που κατά καιρούς έχουν οι γυναίκες για το εγχείρημα τους.

**Ειρήνη:** «Σ' αυτή τη διαδικασία να ξέρεις ότι οι απαντήσεις που σου δίνονται, αλλάζουν όχι ανά μέρα, ανά δευτερόλεπτο! Ανάλογα τι ψυχικό... τι ψυχολογικό στάδιο περνάς εκείνη τη στιγμή. Μη θεωρείς καμιά απάντηση ως δεδομένη! [χαμογελάει] Είναι λάθος.»

Ενδιαφέροντα επίσης είναι και τα συναισθήματα απέναντι στο σώμα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υποβάθμιση των αναστρέψιμων παρενεργειών των φαρμάκων από κάποιες απ' τις γυναίκες στις αντίστοιχες ερωτήσεις, ενδεχομένως δηλώνουν μια απόσταση από το σώμα ή και έναν θυμό απέναντι στο σώμα που δεν ακολουθεί την

---

<sup>7</sup> Η υπογράμμιση δική μου

επιθυμία για εγκυμοσύνη. Έτσι παύει ουσιαστικά να αποτελεί αντικείμενο φροντίδας και προσοχής. Η απόσταση που περιγράφεται αλλά και η δυσκολία που οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν να μιλήσουν για το σώμα τους, τις λειτουργίες και τις ενοχλήσεις του όχι γενικά και αόριστα, αλλά συγκεκριμένα, ενδεχομένως να υποκρύπτει την απόρριψη ενός σώματος που προδίδει. Στο σημείο αυτό –όπως και σε πολλά άλλα- ένα παράγοντας που φαίνεται ότι διαδραματίζει ρόλο στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτό το σώμα είναι ο χρόνος που η κάθε γυναίκα έχει περάσει στις διαδικασίες. Εκείνες που έχουν προσπαθήσει επανειλημμένα, πιο συχνά κρατούν απόσταση από τις παρενέργειες των φαρμάκων.

**Κλαίρη:** «Όχι. Τίποτα. Απλά το μόνο που καμιά φορά βλέπεις αν με δεις είναι τα πρηξίματα λόγω των ορμονών, τίποτα άλλο. Δεν έχεις χρόνο για τέτοια. Να κοιτάς σώματα, αν μεγάλωσε η κοιλιά σου ή αν μεγάλωσε το στήθος σου.»

Εκείνες που έχουν κάνει λιγότερες προσπάθειες, συνήθως δίνουν μεγαλύτερη σημασία σε τέτοιου είδους πράγματα.

**Δάφνη:** «Το μόνο που θα θελα είναι να μην παχύνω. Δηλαδή αισθάνομαι... Με παχαίνει η δουλειά μου γιατί είναι καθιστική και δεν μπορώ να ασκηθώ, δεν μπορώ να φάω σωστά, δεν μπορώ να κινηθώ τέλος πάντων όπως θέλω. Έκανα και την επέμβαση, πήρα μερικά κιλά. Τώρα θα κάνω και την... παίρνω και τις ορμόνες, θα φουσκώσω κι άλλο. Και είμαι ένας άνθρωπος που δεν μπορώ να κάνω δίαιτα εύκολα, και αυτό, το μόνο δηλαδή αν με ρωτάς από όλο αυτό είναι αυτό, είναι αυτό: το ότι θα παχύνω.»

Επίσης, εκείνες που δεν έχουν κάνει πολλές προσπάθειες, παραδόξως (ως λιγότερο επιβαρημένες οργανικά), φοβούνται περισσότερο για μελλοντικές μη αναστρέψιμες παρενέργειες από εκείνες που έχουν κάνει πολλές προσπάθειες. Το εύρημα αυτό φαίνεται ότι έρχεται σε συμφωνία με την εικασία για αρνητικά συναισθήματα που ασύνειδα στρέφονται προς το σώμα. Τα φάρμακα της εξωσωματικής πάντως, όπως και να 'χει και ανεξάρτητα από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει κάνει μια γυναίκα και τις εκλογικεύσεις αναφορικά με τους κινδύνους που κρύβουν, κατά βάθος πάντα αντιμετωπίζονται με φόβο.

**Μυρσίνη:** «Ναι, το 'χω συζητήσει και με φίλους μου που είναι φαρμακοποιοί και αυτά. Σίγουρα υπάρχει [θέμα με τα φάρμακα]. Άμα κοιτάξεις το... τις παρενέργειες, το χαρτάκι που έχουν μέσα, γράφουν για μητρορραγίες, γράφουν για καρκίνο και οι ίδιοι οι γιατροί σου κάνουν μια εξέταση C-125. Είναι η πρωτεΐνη που μετράει τον καρκίνο που έχουμε στον οργανισμό μας. Είναι μια ορισμένη τιμή. Αν δει και αυξηθεί τότε πιστεύουνε ότι κάπου υπάρχει το πρόβλημα και το ψάχνουνε. Και πάντοτε σου κάνουν αυτή την εξέταση. Εμένα τώρα που μου δημιουργήθηκε οι παρενέργειες αμέσως μου την κάνανε την εξέταση. Αν δεν φοβόντουσαν για ποιο λόγο να μου ξεκινήσουνε κάτι τέτοιο;»

Τέλος, αν και οι περισσότερες γυναίκες δυσκολεύτηκαν να μιλήσουν για το σώμα και τις σωματικές λειτουργίες, κάποιες κάνουν αναφορές στην περίοδο και στα σχετικά συναισθήματα:

**Ινώ:** «Ψυχολογικά αν το πάρω, μ' είχε επηρεάσει γιατί τις μέρες που περίμενα πχ να έρθει περίοδος, ήταν το μυαλό μου εκεί: αχ! Μήπως και δεν έρθει, μήπως και δεν έρθει. Κι όταν ερχότανε... έλεγα, γιατί πάλι; [...] Πήγαινα πόσες φορές δηλ. στην τουαλέτα και χωρίς να θέλω, μόνο και μόνο για... μήπως έχω αίμα; Μήπως...»

Νιώθουν κάθε φορά προσδοκία ότι ίσως αυτή τη φορά να έχει υπάρξει εγκυμοσύνη και κάθε φορά απογοήτευση γιατί τελικά δεν συνέβη.

## Στρατηγικές αντιμετώπισης και άμυνες

Πίνακας 4. Στρατηγικές αντιμετώπισης του φόβου και του άγχους

Σε ότι αφορά το πρόβλημα	Σε ότι αφορά τη χρήση των φαρμάκων
Άρνηση του προβλήματος	Εκλογίκευση
Αποσύνδεση των οργανικών ευρημάτων από το πρόβλημα	Αποφυγή
Υποβάθμιση της σοβαρότητας του προβλήματος	
Επικέντρωση στο πρόβλημα	

Αρχικά από κάποιες γυναίκες υπήρξε σαφής άρνηση για το ότι υπάρχει κάποιο οργανικό ζήτημα που τις εμποδίζει να συλλάβουν. Κάποιες απ' τις γυναίκες αυτές μίλησαν για ανεξήγητη υπογονιμότητα όμως κατά την πορεία της συζήτησης φάνηκε ότι υπήρχαν οργανικές αιτίες που σαφώς μπορούν να συνδέονται με το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Ως προς την άρνηση της πιθανότητας ύπαρξης προβλήματος, χαρακτηριστική είναι η ακόλουθη δήλωση:

**Ειρήνη:** «Δεν συμβαίνει σε μένα, δεν με αφορά εμένα. Εγώ δηλ. απ' αυτό που είχα να παλέψω πιο πολύ ας πούμε στον εαυτό μου, ήταν ότι δεν αφορά εμένα. Σε λάθος τόπο βρισκόμαστε! Με λάθος άνθρωπο μιλάμε! Ε, μετά αρχίζει η μια κεραμίδα κι έρχεται μετά την άλλη... Αλλά ειλικρινά χρειάστηκε να παλέψω πάρα πολύ μ' αυτό, ότι εμένα μου είναι άχρηστη η εξωσωματική. Άχρηστη όχι ως διαδικασία, άχρηστη ως προς εμένα..»

Σε ότι αφορά τα γυναικολογικά προβλήματα (πχ κύστες, κλπ), κάποιες απ' τις γυναίκες αποτύγχαναν να τα συνδέσουν με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και εν γένει το πρόβλημα με το σώμα τους.

**Ινώ:** «Ενώ είχα δώσει όλο το ιστορικό, δεν μας ανέφερε ότι **αυτό** είναι ένας παράγοντας πραγματικά υπογονιμότητας γι' αυτό και δεν έχετε καταφέρει ακόμα να αποκτήσετε ένα παιδί, αλλά... μας πήγε από μόνος του κατ' ευθείαν δηλ. να ξεκινήσουμε από τον κύκλο με υπέρηχο. Το φυσικό. Φυσικό δηλ. κύκλο, αλλά ενίσχυσε πιο πολύ το... το ωάριο, οπότε μη γνωρίζοντας εμείς ότι υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας, κι εγώ και ο σύζυγός μου, πιστεύαμε ότι τώρα με τη βοήθεια των χαπιών και των ορμονών και της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθήσαμε σ' αυτόν τον κύκλο, άρα τα καταφέραμε. [...] Δεν ήξερα δηλ. ότι υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας κι ότι αυτές οι πολύ αθώες ας πούμε μέθοδοι για κάποιον που έχει σοβαρό πρόβλημα δεν βοηθούν.»

**Νίκη:** «Όχι, δεν το 'χω συσχετίσει με το σώμα μου ή με τον οργανισμό μου.»

Επίσης, μια τάση που παρουσιάστηκε σε αρκετές συνεντεύξεις, είναι μια προσπάθεια υποβάθμισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες.

**Κλαίρη:** «Κοίταξε, το πρόβλημα γενικά, το κυριότερο είναι σε μένα. Ο σύζυγός μου ευτυχώς δεν έχει πρόβλημα -προς το παρόν. Εε... το δικό μου το πρόβλημα είναι... πολλές αιτίες μικρές οι οποίες όλες μαζί κάνουν ένα σοβαρό πρόβλημα. Δηλαδή είτε θα είναι κάποια στιγμή η σάλπιγγα δεν θα έχει καλή δίοδο λόγω του ότι έχω επίσης πολυκυστικές ωοθήκες, ανωμαλία στην ωορρηξία, όλα αυτά προκαλούνε ένα ..., μια δυσκολία στη σύλληψη.»

Άλλη στρατηγική που περιέγραψαν ότι χρησιμοποιούν όταν πλέον αποδεχτούν ότι υπάρχει πρόβλημα, είναι να επικεντρώνονται σ' αυτό. Εκείνες όμως που έχουν μια μεγαλύτερη πορεία μέσα στις διαδικασίες θεωρούν ότι αυτή η στρατηγική τελικά αποδείχτηκε επιζήμια γι' αυτές και πλέον προσπαθούν να την αποφύγουν όσο μπορούν.

**Ειρήνη:** «Το πρώτο διάστημα, το λάθος που κάνουμε οι περισσότερες είναι ότι, και μιλάω περισσότερο για γυναίκες [...] κάνουμε focus σε αυτό το σημείο και δεν ξεφεύγουμε καθόλου. Δε θέλουμε το διάστημα που ασχολούμαστε με την συγκεκριμένη εξωσωματική ν' ασχοληθούμε με τίποτα άλλο! Όλα τα άλλα, πριν ή

*μετά. Το έκανα, είδα ότι είναι φοβερό λάθος και τώρα προσπαθώ να προσθέτω δραστηριότητες ειδικά αυτή την περίοδο, αλλά και όλη την άλλη για να ξεφύγει λίγο ο εγκέφαλος. Ότι μπορεί να ευχαριστήσει βέβαια τον καθένα. Γιατί όσο περισσότερο ζουμάρεις στο πρόβλημα, τόσο περισσότερο σε τρελαίνει.»*

Κάποιες άλλες πάλι, προσπαθούν στον βαθμό που μπορούν να μην επενδύουν πάνω στην διαδικασία και να μην ελπίζουν ότι τελικά θα επιτύχει. Τους λόγους για τους οποίους αισθάνονται αυτή την ανάγκη τους δίνει πολύ ωραία η Μαργαρίτα:

**Μαργαρίτα:** *«Πώς θα συνέλθω εγώ μετά;! Θα τα 'χω σπάσει όλα! Πώς θα συνέλθω εγώ μετά! Και για ποιο λόγο να συνέλθω; Εγώ πρέπει να συνεχίσω. Δηλ. όσο και να με χτυπάς πρέπει να συνεχίσω. Αυτό είναι η ζωή. Είναι ένας δρόμος με εμπόδια κι εγώ τρέχω και πηδάω τα εμπόδια. Αυτό αισθάνομαι. Δε θέλω να με βγάλεις απ' αυτό το δρόμο που έχω.»*

Εκτός από την στάση τους απέναντι στο πρόβλημα της υπογονιμότητας, ένα θέμα που τίθεται είναι και οι πεποιθήσεις και οι στάσεις απέναντι στο κομμάτι της διαδικασίας κι αυτό γιατί είναι διαδεδομένος ο φόβος για μη αναστρέψιμες παρενέργειες των ορμονών που χορηγούνται στην εξωσωματική. Οι παρενέργειες αυτές αφορούν στην εκδήλωση γυναικολογικών καρκίνων μετά από επανειλημμένες προσπάθειες εξωσωματικής. Αν και η έρευνα δεν επιβεβαιώνει κάποια αυξημένη συχνότητα κρουσμάτων καρκίνου μετά από τη χρήση των φαρμάκων αυτών, η κοινή γνώμη δυσπιστεί. Ομοίως και οι γυναίκες που ακολουθούν διάφορες διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ενδιαφέρον έχουν οι άμυνες που επιστρατεύει η καθεμιά προκειμένου να εξαιρέσει τον εαυτό της από έναν τέτοιο κίνδυνο. Έτσι από εκείνες που είναι στις αρχικές προσπάθειες θεωρείται ότι κινδυνεύουν κυρίως όσες δεν έχουν όρια και κάνουν για πολύ καιρό προσπάθειες. Εκείνες που έχουν κάνει αρκετές προσπάθειες, θεωρούν ότι σε αυξημένο κίνδυνο βρίσκονται εκείνες που έχουν προδιάθεση.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει ο τρόπος με τον οποίο προσλαμβάνουν την προδιάθεση: κάποιες θεωρούν ότι αυτό σημαίνει ότι υποχρεωτικά, άπαξ και κάποιος έχει την προδιάθεση θα νοσήσει κι ότι τα φάρμακα μπορούν μόνο να επιταχύνουν την εμφάνιση της ασθένειας. Κάποιες άλλες πιστεύουν ότι το αν θα πάθει κάποια γυναίκα καρκίνο μετά από προσπάθεια εξωσωματικής, αυτό έχει να κάνει με τις ευαισθησίες

που έχει σαν οργανισμός. Τέλος υπάρχει και η άποψη ότι τα περιστατικά που νόσησαν από καρκίνο μετά από προσπάθεια εξωσωματικής, έχουν αποδοθεί απλώς στην εξωσωματική κι ότι στην πραγματικότητα είναι τυχαία περιστατικά.

**Ράνια:** «Κοίταξε, αυτό που ξέρω –βέβαια κανένας δεν μπορεί να σε διαβεβαιώσει- ότι... πώς το λένε... Ότι μάλλον όλοι οι γιατροί λένε ότι τα φάρμακα δεν προκαλούνε καρκίνο. Αλλά βέβαια κανένας γιατρός δεν μπορεί να σε διαβεβαιώσει. Αυτό που έχω ακούσει είναι ότι τα φάρμακα της εξωσωματικής δεν προκαλούνε καρκίνο, απλώς αν ας πούμε υπάρχει προδιάθεση [...] Τα φάρμακα να στη βγάλουνε πιο γρήγορα στην επιφάνεια. Δηλ. αν πχ ο καρκίνος είναι να σου βγει σε 5 χρόνια, σε 10 χρόνια, με τα φάρμακα της εξωσωματικής μπορεί να βγει στα 5 χρόνια. Έτσι; αυτό. [...] Αλλά εσύ τον είχες όμως! Υπάρχει! Δεν είναι ότι [...] τα φάρμακα της εξωσωματικής σου δημιουργήσανε... [...] Αλλά... ξέρω 'γω; Τι να πω; Αν είναι να σου τύχει, θα σου τύχει! Και άμα μπεις σ' αυτή τη διαδικασία...»

**Νόρα:** «Το παίρνω λίγο από την πλευρά καλύτερα άγνωστη... πιστεύω αν μια γυναίκα φοβάται και έχει και υγεία πως πρέπει να είναι πάρα πολύ δύσκολο. Δηλαδή ακόμα δεν καθορίζονται όλα. Εγώ πιστεύω είναι και χαρακτήρας κάπου- κάπου ε, ντάξει, ας το κάνουμε, τί να κάνουμε. [...] Από τότε που κάνουμε τις ενέσεις βλέπω μερικές γυναίκες που... άκουσα γυναίκες που έχουνε κάνει τις ενέσεις και μετά έδειξε ότι έχουνε καρκίνο στο στήθος. Και με τις ενέσεις κάπου- κάπου νιώσω και έναν πόνο στο στήθος. Δηλαδή πιστεύω και αλλαγή όταν έρχεται η περίοδος δεν έρχεται την ίδια 28 τη μέρα, έρχεται στην 34. Δηλαδή για το σώμα το καταλαβαίνεις αλλά... πόσο επικίνδυνο είναι, δεν ξέρω. Πιστεύω ανάλογα με το σώμα πόσο αντέχει, πού έχεις ευαισθησίες, ανάλογα σε αυτά. Αλλά φοβάμαι... είμαι λίγο... δεν το θέλω και πολύ, αλλά ντάξει, μέχρι τώρα αντέχεται αλλιώς θα 'χε λήξει [γέλια].»

Τώρα σε ότι αφορά τον εαυτό τους, χρησιμοποιούν και κάποιες ακόμα στρατηγικές άμυνας απέναντι στο φόβο. Συγκεκριμένα αποφεύγουν να σκεφτούν την πιθανότητα καρκίνου γιατί αλλιώς λένε ότι θα σταματήσουν την προσπάθεια.

***Ράνια:** «Εγώ άμα μπω σ' αυτή τη διαδικασία να σκεφτώ ότι α! θα πάθω καρκίνο!... πιστεύω ότι το 'χασα το παιχνίδι! Πάντα σου περνάει απ' το μυαλό, έτσι; αλλά... πιστεύω ότι το 'χασα το παιχνίδι! Με το να επικεντρωθώ σ' αυτό.»*

Κάποιες άλλες σκέφτονται πως ότι είναι να γίνει, θα γίνει κι ότι ο καρκίνος είναι κάτι που μπορεί να συμβεί ακόμα κι αν κανείς δεν έχει κάνει ποτέ τίποτα το επιβαρυντικό. Κάποιες που χρησιμοποιούν τον επίσημο ιατρικό λόγο με έναν τρόπο εκλογικευτικό και θέλουν να πιστεύουν ότι δεν κινδυνεύουν, εξακολουθούν να διατυπώνουν την άποψη ότι παρ' όλ' αυτά ποτέ κανείς δεν ξέρει. Οι υπόλοιπες ευθέως δηλώνουν ότι φοβούνται και έχουν θέσει όρια στον αριθμό των προσπαθειών σε μια προσπάθεια να εξαιρέσουν τον εαυτό τους από αυτό που προσλαμβάνουν ως επικίνδυνο και μόνο μία δηλώνει ότι δεν υπάρχει τέτοιο ζήτημα.

### **3. Περίγυρος:**

Πολύ σημαντικό κομμάτι στην εμπειρία της υπογονιμότητας διαδραματίζει ο κοινωνικός περίγυρος και οι αξίες και οι αρχές που ασπάζεται. Υπάρχουν περιβάλλοντα πιο φιλικά και διακριτικά προς το ζευγάρι και άλλα που με διάφορους τρόπους δυσκολεύουν την προσπάθεια και την προσαρμογή τους στα δεδομένα της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής. Από τις στάσεις και τις πεποιθήσεις του περιγύρου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό το αν το ζευγάρι θα νιώσει ασφάλεια να αποκαλύψει το πρόβλημα και την προσπάθεια. Αλλά ακόμα κι ένα περιβάλλον υποστηρικτικό και τρυφερό όπως συνήθως είναι το άμεσο οικογενειακό, είναι δυνατόν να δημιουργήσει προβλήματα και το ενδιαφέρον και η αγάπη να αγχώνει και να πιέζει το ζευγάρι. Έτσι κάποιες απ' τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, αν και αρχικά είχαν μοιραστεί το πρόβλημα με την οικογένεια τους, κάποια στιγμή σταμάτησαν να την ενημερώνουν.

Το ποια είναι συνήθως τα πρόσωπα που γνωρίζουν και οι στάσεις που εισπράττουν οι υπογόνιμες γυναίκες από τον κοινωνικό τους περίγυρο συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:



**Πίνακας 5. Οι άνθρωποι που γνωρίζουν, Πηγές στήριξης και Στάσεις Περιγύρου**

Ποιοι γνωρίζουν	Στάσεις περιγύρου
Οικογένεια	Πίεση
Φίλοι	Οίκτος
	Συμπάθεια
<b>Πηγές στήριξης</b>	Αντιμετώπιση του θέματος ως ταμπού
Σύζυγος	Ενθάρρυνση
Γονείς	Φόβος
Ομοιοπαθείς	Εχθρότητα
	Επιθετικότητα
	Συμβουλές
	Υποβάθμιση προβλήματος

Η μεγαλύτερη υποστήριξη απ' ότι λένε οι γυναίκες έρχεται σε συναισθηματικό επίπεδο από άλλα ζευγάρια που είναι σε αντίστοιχη διαδικασία γιατί καταλαβαίνουν καλύτερα την κατάσταση και πρακτικά από τον σύζυγο και τους στενούς συγγενείς. Οι συμπεριφορές που αναφέρουν ως υποστηρικτικές είναι ο σύζυγος ποτέ να μην έχει αντιμετωπίσει το πρόβλημα ως κάτι που δεν τον αφορά και ποτέ να μην έχει κατηγορήσει τη γυναίκα του ότι εξ' αιτίας της ταλαιπωρούνται. Άλλες συμπεριφορές είναι να της δείχνει περισσότερο την τρυφερότητα και την αγάπη του κατά το διάστημα των διαδικασιών, να την συνοδεύει στις διαδικασίες, να είναι υπομονετικός και να φροντίζει να δημιουργεί μια όμορφη καθημερινότητα.

**Ράνια:** «... για μας το πρόβλημα ήταν κοινό. Δηλ. στα τόσα χρόνια που είμαι παντρεμένη, ποτέ μα ποτέ... επειδή ας πούμε το πρόβλημα το έχω εγώ να το πούμε έτσι, σε μένα δηλ. είναι το πρόβλημα, ποτέ μα ποτέ ο σύζυγός μου δεν μου είπε «εσύ έχεις το πρόβλημα και ταλαιπωρούμαστε». Το μόνο δηλ. που αναφέρει είναι ότι το πρόβλημά μας είναι κοινό. [...] Και πάντα ας πούμε να λύσουμε το πρόβλημα **μας**. Δηλ. ποτέ δεν τέθηκε προσωπικά.»

**Κατερίνα:** «Συμμετείχε [ο σύζυγος] όσο μπορούσε γιατί είναι και η δουλειά του κάτω, ήταν εδώ πέρα στην προσπάθεια της εξωσωματικής μετά στην αναμονή δεν μπορούσε να είναι, εξ' αιτίας της δουλειάς του δεν μπορούσε να μείνει επάνω, εεμμ και γενικά συμμετέχει στο να με στηρίζει. [...] Προσπάθησε να μου χαρίσει έναν πάρα πολύ ωραίο χειμώνα από τη μέρα που κατέβηκα κάτω, ώστε να μην ψυχοπλακωθώ»

Από τα λεγόμενα των περισσότερων γυναικών, η στήριξη από τον σύζυγο είναι η πιο απαραίτητη και σημαντική στήριξη γι' αυτές.

**Δάφνη:** «Στην ουσία η υποστήριξη που χρειαζόμουν είναι από τον άντρα μου. Και την έχω. Η πιο σημαντική. Όλοι οι υπόλοιποι μπορούν να μου λένε διάφορα πράγματα. Με το **Νίκο**<sup>8</sup> το κάνουμε μαζί και είμαστε μαζί κι αυτό με ενδιαφέρει.»

Επίσης εκτός από τις παραπάνω συμπεριφορές, κάποιες γυναίκες βρήκαν πολύ υποστηρικτικές και στάσεις οι οποίες εκ πρώτης όψεως θα μπορούσαν να παρεξηγηθούν όπως η ψυχραιμία και η χαλαρή αντιμετώπιση του θέματος κι αυτό γιατί τις απελευθερώνει από ένα μέρος της πίεσης που δέχονται για να τα καταφέρουν.

**Μυρσίνη:** «Ο σύζυγός μου ήταν από την άποψη... όσο και να φοβότανε, γιατί εγώ φοβόμουν όταν μου βρήκαν τον πολύποδα κι αυτό φοβόμουν και για καρκίνο. [...] Έλα μου λέει δεν έχεις τίποτα κι αυτά... Δηλαδή ούτε καν το συζητούσε να μπει στη διαδικασία, ναι και τί θα κάνουμε κι αυτά. Ήτανε... φαίνονταν ότι μέσα του στενοχωριότανε και είχε κι αυτός το άγχος. Με τις ιστολογικές που κάναμε το ίδιο, τις κάνεις ούτως ή άλλως αλλά σε μένα δεν έδειχνε τίποτα. [...] Ήταν πολύ βοηθητικό για μένα.»

Σε ότι αφορά τον άμεσο συγγενικό κύκλο, περισσότερο αναφέρθηκε ότι γνωρίζουν οι γονείς και τα αδέρφια. Οι γονείς συχνά στηρίζουν οικονομικά είτε άμεσα είτε έμμεσα με το να ελαφρύνουν το ζευγάρι από κάποια απ' τα έξοδα της καθημερινότητας. Άλλη μεγάλη όπως λένε βοήθεια είναι η βοήθεια στο σπίτι τις

---

<sup>8</sup> Πρόκειται για ψευδώνυμο

μέρες που πρέπει να περάσουν σε ηρεμία μετά την εμβρυομεταφορά ή το να ζητήσουν πληροφορίες για το που μπορεί ν' απευθυνθεί το ζευγάρι στο ξεκίνημα της διαδικασίας.

**Κλαίρη:** «... το περιβάλλον μου το φιλικό είναι πάρα πολύ διακριτικοί στο θέμα αυτό και η αδελφή μου είναι επίσης πολύ καλή συμπαρασάτρια, η πεθερά μου, ο σύζυγός μου, οι γονείς μου.»

Εκτός όμως από την μεγάλη βοήθεια που οι περισσότερες θεωρούν ότι δέχονται, υπάρχει και ο φόβος για κάποια πίεση και γι αύξηση του άγχους όταν γνωρίζουν τρίτα πρόσωπα:

**Δάφνη:** «... δεν το έχουμε ανακοινώσει σε πολύ κόσμο. Δηλαδή σε γονείς του... στα πεθερικά μου ας πούμε, στην κουνιάδα μου, σε συγγενείς του Νίκου, σε φίλους δεν το λέμε [...] γιατί πιστεύουμε ότι αντί να κάνουνε καλό θα κάνουνε κακό, εε... θα μας δημιουργήσουνε με άγχος που εμείς δεν έχουμε άγχος, δηλαδή θα λένε άντε και πότε, άντε και τί έγινε, άντε κι αυτό, α, ο γιατρός σου; Και μήπως πρέπει να πας κι αλλού; Και πότε; Και ποια ημερομηνία; Και... Γενικώς δεν το λέμε. Είναι άνθρωποι βέβαια που μας αγαπάνε και μας σκέφτονται αλλά χωρίς να το θέλουν μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα. Το γνωρίζει η μαμά μου και ίσως κάποιοι δικοί μου άνθρωποι γιατί: γιατί το γνωρίζουνε χρόνια ότι έχω εγώ αυτό το πρόβλημα και πλέον το αντιμετωπίζουν όπως το αντιμετωπίζω κι εγώ. Με ψυχραιμία, με ωριμότητα εε... με.. είναι καλοπροαίρετοι, είναι θετικοί, κι εκείνοι το βλέπουνε θετικά και όλοι πιστεύουμε, αυτοί τουλάχιστον που το ξέρουνε ότι θα πάει καλά όλο αυτό το πράγμα.»

Άλλος τρόπος έμμεσης αλλά πολύ σημαντικής συμπαράστασης είναι κάποια δώρα όπως ένα ταξίδι ή μια δραστηριότητα που θα βοηθήσει το ζευγάρι να αλλάξει λίγο παραστάσεις και να πάρει κουράγιο για τη συνέχεια.

**Ειρήνη:** «Εγώ στα 8 χρόνια –σου λέω πέρα από τον πρώτο χρόνο- έκανα μία φορά ένα ταξίδι που μου το έκανε δώρο η μάνα μου, και μου είπε: αυτά τα λεφτά στα δίνω γι' αυτό, αν είναι να τα αξιοποιήσεις για εξωσωματική, δεν στα δίνω

*καθόλου! Μας έδωξε στην κυριολεξία! Να φύγουμε για να ξεκολλήσει λίγο το μυαλό μας!»*

Στις περισσότερες περιπτώσεις, κατά τις πρώτες διαδικασίες ή μετά τις πρώτες αποτυχίες, ο περίγυρος και κυρίως οι στενοί συγγενείς, συνηθίζουν να ενθαρρύνουν την γυναίκα ότι την επόμενη φορά θα τα καταφέρει, αλλά και να υποβαθμίζουν την αναγκαιότητα της ύπαρξης του παιδιού σε μια προσπάθεια να την παρηγορήσουν και να την ανακουφίσουν.

**Κατερίνα:** *«Δηλ. από χτες έχει πέσει αυτό το σύρμα που σου είπα και μου λένε άσε μας βρε παιδί μου και δεν πειράζει κι ότι αποφασίσεις κλπ. Ξέρεις, όλοι! Έχει πέσει ένα συνωμοτικό! Να τώρα αυτή η φίλη μου που μίλησα πριν από λίγο στο τηλέφωνο: «ε! δεν πειράζει! Δεν πειράζει! Μια χαρά! Γιατί να δώσουμε πάλι μόνο ένα ωάριο;»*

Ενώ κατά τις πρώτες προσπάθειες οι συμπεριφορές αυτές κατά κανόνα είναι ευπρόσδεκτες και περνούν στις γυναίκες το μήνυμα ότι όλα θα πάνε καλά και ότι οι ίδιες είναι για τους δικούς τους ανθρώπους πιο σημαντικές από οτιδήποτε άλλο, όσο περνάει ο καιρός είναι δυνατόν ν' αρχίσουν να γίνονται αντιληπτές ως έλλειψη κατανόησης της σοβαρότητας της κατάστασης και υποτίμηση της ανάγκης τους για ν' αποκτήσουν παιδί. Αυτό ενδεχομένως εξηγεί γιατί εφ' όσον περάσει κάποιος καιρός και το παιδί δεν έρθει, οι γυναίκες θεωρούν ότι βρίσκουν περισσότερη αγάπη και κατανόηση από γυναίκες που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα σε σχέση με τους συγγενείς και τους φίλους τους. Ακόμη οι υπερβολικές προσπάθειες που καταβάλλει πολλές φορές η οικογένεια να ενθαρρύνει, είναι δυνατόν από ένα σημείο και μετά να μεταβληθούν σε ισχυρή πηγή άγχους καθώς η γυναίκα συνειδητοποιεί τις δυσκολίες και τις πιθανότητες η προσπάθεια να μην αποδώσει:

**Μαργαρίτα:** *«Φοβάμαι μην τους απογοητεύσω. Δηλ.... Κι αν δεν γίνει; Μετά... δεν θα τους απογοητεύσω; Γιατί δηλ. πρέπει να εστιάζουν εκεί; «έλα! Θα τα καταφέρεις! Θα κάνεις...». Για ποιο λόγο; Μήπως ν' αρχίσουν σιγά σιγά να μην το συζητάνε;»*

Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι συνήθως είναι πιο μακριά από το ζευγάρι και οι οποίοι συμπεριφέρονται αδιάκριτα, πειστικά ή ακόμα και επιθετικά. Η επιθετικότητα είναι δυνατόν να έχει να κάνει με την περιέργεια και την επιθυμία διακρίβωσης του αν υπάρχει πρόβλημα και ποιο είναι αυτό, αλλά μπορεί να έχει να κάνει και με την ίδια την διαδικασία της εξωσωματικής. Σε κάποιους κύκλους, όταν το ζευγάρι μοιράστηκε με συγγενείς και φίλους την πρόθεση του να καταφύγει στην εξωσωματική, εκείνοι άρχισαν να τους βλέπουν με άλλο μάτι, ως παράξενους κι αυτό συνέβη σε δύο απ' τις περιπτώσεις σ' αυτήν την έρευνα.

***Ράνια:** «...μέχρι και που μας έχουνε πει: «τι; Θα κάνετε το παιδί του σωλήνα;!» Δηλ. είναι ταμπού: «Τι! Θα κάνεις εξωσωματική;!» δηλ., λες και θεωρούν τι; Θα πάρεις παιδί απ' τον Άρη ας πούμε και θα 'ναι εξωγηινάκι;! [...] «έλα μωρέ! Τι το θέλετε το παιδί τώρα;! Αφού δεν έκανε τόσα χρόνια, τι πάει να κάνει; Το παιδί του σωλήνα; Τι είναι αυτά τα πράγματα; Εξωσωματική;! δηλ... [...] Μην το κάνετε» ή τους φαινότανε παράξενο, δεν μπορούσαν να καταλάβουνε τη διαδικασία, το θεωρούνε ταμπού γιατί δεν το 'χουνε ζήσει, έτσι; γιατί... οι φίλοι μας, οι κουμπάροι μας όλοι κάνανε παιδί έτσι [εννοεί πολύ εύκολα]... [...] Κι όλα αυτά μας δημιούργησαν χειρότερο πρόβλημα. Έτσι; Γιατί κάθε φορά ας πούμε, εκτός ότι μας βλέπανε με άλλο μάτι... δηλ. το βλέπαμε στο ύφος τους, στο μάτι τους! Πώς να το πω! Μας κοιτάγανε κάπως παράξενα. Μας είχανε πει παράξενους, πως λέμε ας πούμε γεροντο...κόρη ας πούμε!»*

Οι ενστάσεις τους και τα αισθήματα ντροπής από μέρους των γονιών και των πεθερικών που αναφέρθηκαν σε άλλες δύο περιπτώσεις, αφορούσαν και την υπογονιμότητα, αλλά κυρίως την απόφαση του ζευγαριού να ξεκινήσει εξωσωματική. Στις περιπτώσεις αυτές η αντίδραση του υπογόνιμου ζευγαριού ήταν κατά κανόνα να σταματήσει να ενημερώνει και να απομακρυνθεί από τον εχθρικό περίγυρο. Η ύπαρξη τέτοιων περιστατικών δικαιολογεί την επιφυλακτικότητα που ανέφεραν κάποιες απ' τις γυναίκες ότι νιώθουν για να ανακοινώσουν έξω απ' το στενό οικογενειακό περιβάλλον ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα.

Αυτού του είδους οι στάσεις, που συχνά συνοδεύονται και από απόψεις και πιεστικές συμβουλές για το τι ευθύνεται και τι θα πρέπει να γίνει, από ένα σημείο και μετά αρχίζουν να εκνευρίζουν και να δυσκολεύουν. Και όσο τα χρόνια περνούν είναι δυνατόν να δημιουργήσουν έντονο θυμό εκ μέρους των γυναικών:

***Ράνια:** «Ναι! Ειδήμονες! Γνωρίζουν τα πάντα! Η μη τυχόν... ή τι κάνεις; Τζάμπα σου παίρνουν τα λεφτά ας πούμε... με μια σάλπιγγα κάνεις παιδί! Ντάξει! Το ξέρω κι εγώ αυτό! Και με μια μπορείς να κάνεις, αλλά τι πιθανότητες έχεις! Έτσι;... και: «σας παίρνουν τα λεφτά!» [...] ...και ξέρεις: «κάνατε εκείνο;» εμμ.... Χίλια δυο!»*

Εκτός όμως από την κριτική στην διαδικασία, οι γυναίκες που προσπαθούν με την μέθοδο αυτή ουσιαστικά κρίνονται και οι ίδιες σαν πρόσωπα για την επιλογή τους να μπουν σε διαδικασία εξωσωματικής και το σημείο αυτό είναι που τις κάνει να νιώθουν ότι κανείς δεν τις καταλαβαίνει, ότι δεν τις σέβονται και δεν τις στηρίζουν στις αποφάσεις τους.

Επίσης σε πολλά περιβάλλοντα και ειδικά σε εκείνα που υπάρχουν πολλά παιδιά υπάρχει μια υποτίμηση ή το φαινόμενο να αγνοούν την γνώμη και την παρουσία των γυναικών που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί. Ένα συνηθισμένο χαρακτηριστικό σε τέτοια περιβάλλοντα είναι η μεγάλη αξία που αποδίδεται στην παραδοσιακή οικογένεια και στα παιδιά. Σ' έναν τέτοιο χώρο η μη απόκτηση παιδιών συχνά συμβάλλει στην δημιουργία κατώτερου κοινωνικού status για την γυναίκα που δεν είναι μητέρα (Ulrich & Weatherall 2000, p.324). Όσο πιο παραδοσιακό είναι το περιβάλλον τόσο χαμηλότερο και το status της άτεκνης γιατί δεν εκπληρώνει το ρόλο που θεωρείται -και ιδίως σε τέτοιους χώρους- ως ο πιο βασικός απ' όλους (Applegarth 2002, p.169). Συχνές συμπεριφορές σε τέτοιους χώρους είναι να μονοπωλούν τη συζήτηση οι γονείς και τα θέματα να περιστρέφονται γύρω από τα παιδιά. Στις συζητήσεις αυτές, οι γυναίκες που δεν έχουν παιδιά δυσκολεύονται πολύ να συμμετέχουν. Κάποιες φορές όμως η μονοπώληση της συζήτησης από το θέμα «παιδιά» μπορεί να φτάσει στις γυναίκες ως συγκεκριμένη επιθετικότητα προς το πρόσωπο τους (Todorova & Kotzeva 2006, p.130). Σε πολλές περιπτώσεις όταν αυτές που δεν έχουν ακόμα παιδιά εκφράζουν γνώμη, αυτή υποβαθμίζεται από τις μητέρες που «ξέρουν καλύτερα».

**Ράνια:** «Υπήρχανε σπόντες να το πω έτσι. Κακόβουλες σπόντες! [...] Του τύπου όπως σου είπα ας πούμε γεροντοκόρη ή πώς το λένε... έλα μωρέ! Τώρα εσείς δεν έχετε παιδιά! Τι ξέρετε από παιδιά! Δεν δικαιούστε να μιλάτε! [...] Ε... και ντάξει διάφορα! Τώρα... πικρόχολα σχόλια.»

Άλλη μορφή επιθετικότητας μπορεί να είναι και η «διακριτικότητα» που παρατηρείται σε ορισμένα περιβάλλοντα. Στις περιπτώσεις αυτές κατά κανόνα, ο περίγυρος αρχίζει να υποψιάζεται ότι κάτι συμβαίνει, αλλά δεν ζητά πληροφορίες από το ζευγάρι. Αντίθετα, είτε πλησιάζει κοντινούς συγγενείς και φίλους που εικάζουν ότι θα έχουν μια καλύτερη πληροφόρηση, είτε προσπαθούν να εκμαιεύσουν την πληροφορία από την ίδια τη γυναίκα επιμένοντας με συζητήσεις γύρω απ' το θέμα οικογένεια και παιδί ή «ευχόμενοι» σε κάθε ευκαιρία να αποκτήσει σύντομα παιδί. Οι εκδηλώσεις αυτές εκ πρώτης όψεως φαίνονται αθώες και διακριτικές, αλλά δεν είναι δύσκολο μετά από κάποιο διάστημα οι γυναίκες να τις νιώθουν πλέον ως κακόβουλες και επιθετικές.

**Μαργαρίτα:** «Είναι όλοι διακριτικοί, κανένας δεν μ' έχει πιάσει και δεν μ' έχει ρωτήσει αν συμβαίνει κάτι –έχουν πιάσει φυσικά όλοι τον περίγυρό μου, τους γονείς μου, την αδερφή μου. Σ' εμένα προσωπικά, δεν μ' έχει ρωτήσει κανείς αν εξαιρέσουμε την κουμπάρα μου [...] Τώρα ο υπόλοιπος περίγυρος, κάθε φορά: «άντε! Και μ' ένα παιδάκι!», «άντε! Και μ' ένα παιδάκι!»! [ο τόνος της γίνεται κάπως ειρωνικός] τέσσερα χρόνια άντε και μ' ένα παιδάκι! Αυτό. Και τι να πούνε; Και 'γω αυτό λέω! Και τι άλλο να πεις!»

Σε άλλες περιπτώσεις, τα νέα ζευγάρια που γνωστοποιούν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί με εξωσωματική, σε πολλούς χώρους αντιμετωπίζονται με συμπάθεια. Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει επειδή ο περίγυρος πείθεται ότι κάνουν ότι μπορούν και επειδή οι λόγοι που συνδέονται με την υγεία, θεωρούνται πολύ σημαντικοί και δικαιολογημένο το ζευγάρι που θέλει και προσπαθεί αλλά δεν μπορεί. Αντίθετα, δεν υπάρχει δικαιολογία για εκείνους που θα θεωρηθεί ότι δεν θέλουν να αποκτήσουν παιδί. Μάλιστα το να μην προσπαθεί ένα ζευγάρι μέσω των ιατρικών τεχνολογιών, συχνά εξισώνεται με το ότι δεν θέλει να αποκτήσει παιδί. Και η πίεση που συχνά ασκείται προς το ζευγάρι για να αποκαλύψει το πρόβλημα, είναι πιθανό να ενέχει και μια προσπάθεια δέσμευσης

του ζευγαριού απέναντι στον κοινωνικό περίγυρο, ότι θα προσπαθήσει και δεν θα συμβιβαστεί με την κατάσταση.

*Ινώ: «... γενικά επειδή είμαστε αγαπητό ζευγάρι στην... ίσως τώρα γι' αυτό ακριβώς επειδή βλέπουν ότι υπάρχει κι αυτή η ταλαιπωρία, ακόμα πιο... αυτό. Πιο συμπονετικά. Έχουν σταματήσει πλέον οι ερωτήσεις του τύπου... του τύπου αυτού που είπαμε πιο πριν ότι πότε θα κάνετε ένα παιδί και τι κάνετε τόσα χρόνια... αυτό απ' το άμεσο, το οικογενειακό, το συγγενικό περιβάλλον. Τώρα στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, στους γονείς, είναι ακόμα πιο ενθαρρυντικά τα πράγματα.»*

#### 4. Ένταση στο ζευγάρι

Αν και η σημαντικότερη και πλέον αναγκαία στήριξη είναι αυτή που προέρχεται από τον σύντροφο, δεν είναι σπάνιο να υπάρξουν θέματα και περίοδοι που ανάμεσα στο ζευγάρι είναι δυνατόν να επικρατήσει ένταση. Πολλές απ' τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, θεώρησαν εντελώς αναμενόμενο και φυσιολογικό στάδιο της εμπειρίας τους μια περίοδο έντασης και έντονης διαπραγματεύσεως των θεμάτων που άπτονται της υπογονιμότητας και της σχέσης τους. Επίσης όλες όσες μίλησαν γι' αυτές τις εντάσεις, θεωρούν ότι ήταν ένα αναγκαίο στάδιο για την ενδυνάμωση της σχέσης τους σε συμφωνία με τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών (Newton 2002, p.200).

#### Πίνακας 6. Παράγοντες που δημιουργούν ένταση ανάμεσα στο ζευγάρι

Η διαχείριση της πληροφορίας
Το αν και πότε θα ξεκινήσουν διαδικασία
Η πίστη ως προς την έκβαση των προσπαθειών
Διαφορετική νοοτροπία σε ότι αφορά τα θέματα ταμπού
Η διατάραξη της σεξουαλικής ζωής
Τα αισθήματα ενοχής προς τον σύζυγο

Φαίνεται ότι οι άνδρες σε πολλές περιπτώσεις ουσιαστικά κρατούν κάποιου είδους αντίβαρο στις διαθέσεις και τους φόβους των συζύγων τους. Στις περισσότερες



περιπτώσεις αισιόδοξες γυναίκες είχαν συζύγους πιο επιφυλακτικούς κι αισιόδοξες, συζύγους αισιόδοξους που πίστευαν στην επιτυχία της προσπάθειας. Ένα θέμα όμως που ανακινεί αυτή η στάση είναι μέχρι ποιο σημείο είναι βοηθητική και από ποιο σημείο και μετά είναι δυνατόν να φέρει τους συντρόφους σε σύγκρουση ή και σε ρήξη.

Σε ότι αφορά το σε ποιους εμπιστεύονται την πληροφορία ότι υπάρχει πρόβλημα και ότι κάνουν προσπάθεια με εξωσωματική, οι περισσότερες γυναίκες ανέφεραν ότι σε γενικές γραμμές έχουν με τον σύζυγο παρόμοια άποψη αναφορικά με το ποιο πρέπει να γνωρίζουν και γιατί. Στις περιπτώσεις που διαφωνούσαν, το πιο συνηθισμένο παράπονο ήταν ότι ενώ εκείνες είχαν ανάγκη να το μοιραστούν με άλλους ανθρώπους από το περιβάλλον τους, ο σύζυγος θεωρούσε ότι είναι καλύτερο να μην το κάνουν. Σε μία περίπτωση φάνηκε ότι η διαφωνία αυτή ήταν πάρα πολύ έντονη, ενώ στις υπόλοιπες τελικά η λύση που ακολουθήθηκε ήταν να το ανακοινώσουν μόνο στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Παρά την πιο επιφυλακτική στάση των περισσότερων ανδρών, οι γυναίκες λένε ότι και εκείνοι έχουν κάποιους έμπιστους που το μοιράζονται, απλώς ο κύκλος αυτός συνήθως είναι πιο περιορισμένος από τον αντίστοιχο των γυναικών ή σε κάποιες περιπτώσεις και διαφορετικός.

***Μυρσίνη:** «Απ' τη μεριά του συζύγου μου... καταρχάς ο σύζυγός μου είναι μοναχοπαίδι, δεν έχει άλλα αδέρφια αλλά και τα ξαδέλφια του μόνο ένας έχει ένα παιδάκι ο οποίος ύστερα απέκτησε η γυναίκα του πρόβλημα και τώρα προσπαθεί και αυτός με εξωσωματική. Ο οποίος είναι ο μόνος που έχει πει το πρόβλημά του και έχει πει και ο σύζυγος το δικό του. Δεν ξέρει κανένας άλλος. Και το συζητάνε και πιστεύω ότι αυτό είναι καλό γιατί τον αγαπάει και ως ξάδελφο και είναι καλό για να έχει και κάποιον να τα πει.»*

Άλλο θέμα που σε κάποια ζευγάρια έγινε αντικείμενο διαπραγμάτευσης ήταν το αν θα έπρεπε να μπουν σε διαδικασία εξωσωματικής. Κάποιες γυναίκες είπαν ότι ενώ οι ίδιες ήθελαν να ξεκινήσουν νωρίτερα διαδικασία, οι σύζυγοι τους πίστευαν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν και χωρίς τις διαδικασίες αυτές πράγμα που τις οδήγησε να περιμένουν κάποιο διάστημα παραπάνω απ' αυτό που υπολόγιζαν αρχικά.

**Ινώ:** «Από τη στιγμή που το έμαθα και μετά ε... το μόνο, αυτό που σας είπα ότι είχα κάποιες -όχι αντιρρήσεις να το πω, απ' το σύζυγό μου ο οποίος δεν ήθελε ακόμα να το πιστέψει ότι υπάρχει πρόβλημα κι ότι ήταν γενικά αρνητικός στο να καταφύγουμε σε μέθοδο εξωσωματικής.»

**Μαργαρίτα:** «Στην αρχή... χμ, ο σύζυγος δεν ήταν θετικός. Πριν ανακαλύψει το πρόβλημα του. Πριν ανακαλύψουμε το πρόβλημα του. Ξέραμε το δικό μου και άρχισα εγώ να μιλάω για το θέμα της εξωσωματικής και ο σύζυγός μου έλεγε όχι, και με το 50% να είσαι τα καταφέρνουμε.»

Κάποιες γυναίκες επίσης ανέφεραν ότι έχουν πολύ διαφορετική εκτίμηση από τον σύντροφό τους σε ότι αφορά το κατά πόσο πιστεύουν ότι θα αποδώσει η προσπάθεια τους. Όταν έχουν ήδη προηγηθεί κάποιες αποτυχημένες προσπάθειες, συνήθως είναι ο άνδρας εκείνος που διατηρεί για περισσότερο καιρό την αισιοδοξία του. Έτσι σε κάποια ζευγάρια η γυναίκα δεν πίστευε ότι τελικά θα αποκτήσουν το παιδί ενώ την ίδια στιγμή το παιδί ήταν υπαρκτό σε συναισθηματικό επίπεδο για τον άνδρα.

**Μαργαρίτα:** «Δεν υπάρχει παιδικό δωμάτιο στο σπίτι μου. Υπάρχει δωμάτιο αποθήκης. [...] Για τον άντρα μου, υπάρχει. Για μένα δεν υπάρχει.»

Επιπλέον σημεία τριβής ή και σύγκρουσης είναι δυνατόν να δημιουργήσουν οι διαφορετικές νοοτροπίες πάνω στα θέματα ταμπού. Μία από τις συμμετέχουσες έθεσε το πρόβλημα αυτό και μάλιστα ως ένα σοβαρό για 'κείνη προβληματισμό.

**Μαργαρίτα:** «Λόγω ταμπού. Προέρχεται από ένα τέτοιο περιβάλλον που δίνει πάρα πολλή σημασία στα θέματα ταμπού. Αυτό που έλεγα πριν, ότι εγώ δεν το 'χω. Ενώ ο σύζυγος μου δίνει σημασία. Έτσι ακριβώς ήρθαν σε σύγκρουση δύο διαφορετικές νοοτροπίες. Όταν όμως ανακάλυψε κι αυτός ότι έχει πρόβλημα, τότε άρχισε να το σκέφτεται πιο ανοιχτόμυαλα. Και καταλήξαμε σε σημείο που τώρα να θεωρεί και αυτός ότι περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να πιάσουμε με εξωσωματική παρά με φυσιολογικό τρόπο.»

Το αποτέλεσμα σε ότι αφορά αυτό το ζευγάρι και την διαφορετική νοοτροπία τους, είναι εκείνη να πιέζεται να αποκρύψει το πρόβλημα από έναν κύκλο ανθρώπων των οποίων την συμπαράσταση έχει ανάγκη και ο οποίος ούτως ή άλλως υποψιάζεται την αλήθεια. Αυτό συνέβαλλε στο να αισθάνεται η συγκεκριμένη γυναίκα μόνη αλλά και ανέντιμη απέναντι σε Σημαντικούς γι' αυτήν Άλλους.

**Μαργαρίτα:** «Με ενοχλεί αυτό, αρκετά, ότι ο σύζυγος θέλει να το κρατήσουμε κρυφό. Στο πα και πριν. Μην επαναλαμβάνομαι. Όχι ότι εγώ θα έπαιρνα καμιά ντουντούκα και θα το φώναζα, αλλά σε δύο- τρεις ανθρώπους... ντρέπομαι που δεν είμαι ειλικρινής απέναντί τους. Και δεν σου κρύβω ότι υπάρχουν φορές που έχω κάνει αυτό που νιώθω εγώ. Θεώρησα ότι όσο να 'ναι πρέπει να μιλήσω. Για να αισθανθώ κι εγώ καλύτερα και αυτοί.»

Η σοβαρότερη ίσως δυσκολία που περιγράφουν οι γυναίκες ότι διαταράσσει την καθημερινότητα τους, είναι η διατάραξη της σεξουαλικής ζωής του ζευγαριού. Συνήθως αυτό συμβαίνει στην αρχή της πορείας τους η οποία τις πιο πολλές φορές ξεκινά με προγραμματισμένες επαφές. Μάλιστα γυναίκες που πέρασαν απ' αυτό το στάδιο, βρίσκουν ως μεγάλο πλεονέκτημα στην διαδικασία της εξωσωματικής το ότι τουλάχιστον το ζευγάρι μπορεί να ξαναβρεί την οικειότητα και τις ισορροπίες του.

**Ειρήνη:** «Φαντάσου τον εαυτό σου, να γυρίζεις απ' τη δουλειά μετά από μια εξαιρετικά κουραστική μέρα, να είσαι πολύ εκνευρισμένη, να, να, να, να έχεις ένα ταξίδι και να πρέπει τη συγκεκριμένη μέρα και σχεδόν τη συγκεκριμένη ώρα να έρθεις σ' επαφή με τον... με το ταίρι σου! Με ποια διάθεση;! Κι άντε περνάει κι αυτό και μεθαύριο ξανά τα ίδια! Πόση διάθεση να έχεις! [...] Δεν έχεις καθόλου. Κι όταν τελειώνει αυτή η περίοδος, βλέπει ο ένας τον άλλο στη γωνία και στρίβει! [...] Συνδέεται πια μια απόλαυση, με την τεκνοποίηση. Άμεσα. Και παύει να είναι απόλαυση. Αυτό είναι το πιο σημαντικό κομμάτι που αν δεν ξεπεράσουν τα ζευγάρια, οδηγούνται σε χωρισμό.»

Άλλο σημείο τριβής δημιουργείται από το αίσθημα ευθύνης που νιώθουν οι γυναίκες όταν διαπιστωθεί ότι υπάρχει μια δυσκολία και ότι αυτή εντοπίζεται στις ίδιες. Κάποιες μόλις βγει η διάγνωση προτείνουν στους συζύγους τους διαζύγιο γιατί νιώθουν ότι αν μείνουν μαζί θα τους στερήσουν τη χαρά της οικογένειας. Παρ' ότι οι

περισσότερες δεν αναφέρθηκαν στο κομμάτι αυτό, είναι χαρακτηριστικό ότι εκείνες που ασχολούνται με τους συλλόγους και έρχονται σε επαφή με πολύ κόσμο το θεωρούν απολύτως δεδομένο κομμάτι στην πορεία της υπογονιμότητας.

**Ράνια:** «... νιώθεις, όχι ενοχές, ευθύνη; Ότι εσύ είσαι ας πούμε υπαί... [εννοεί υπαίτια] πώς να το πω... αυτή που ταλαιπωρείς το σπίτι –έτσι; οπότε λες ντάξει! Κάποια στιγμή σου λέω το σκέφτεσαι [ότι ο σύντροφος μπορεί να κουραστεί και να φύγει].»

**Ειρήνη:** «Εγώ, όταν άρχισα να έχω κάποια ψιλοπροβ... να ανακαλύπτω κάποια ψιλοπροβλήματα, που παρ' ότι τίποτα δεν ήταν δεδομένο, ε... και αζεπέραστο – γύρισα και είπα στον άντρα μου, να φύγει. Να χωρίσουμε. Δεν έφυγε. Τον έδωχνα επί μέρες. Μόνο βαλίτσα που δεν του είχα ετοιμάσει. Αν ρωτήσεις κάθε μια, θα σου πει ότι το πέρασε το στάδιο. Ή θα το πει μέσα της. Γιατί εγώ που μιλάω με κοπέλες που περνάν το ίδιο, όλες έχουμε περάσει από το στάδιο που ο ένας έδωχνε τον άλλο. Δεν έχω ακούσει μια που να μην το έχει περάσει αυτό.»

Πάντως εκείνο που πολλές ανέφεραν, ήταν ότι τελικά η όλη εμπειρία ισχυροποίησε μακροπρόθεσμα τη σχέση τους.

## **5. Κοινωνικές συνέπειες της υπογονιμότητας και της ατεκνίας**

Μέσα από τις συνεντεύξεις και από κάποιες ερωτήσεις που στόχο είχαν να ανιχνεύσουν ποιες κοινωνικές πεποιθήσεις έχουν εσωτερικεύσει οι γυναίκες αυτές για την κατάσταση που αντιμετωπίζουν με την μορφή εσωτερικευμένων φωνών, αναδεικνύονται οι εξής προκαταλήψεις:

## Πίνακας 7. Κοινωνικές προκαταλήψεις για τις γυναίκες και την μητρότητα

Η γυναίκα
Οφείλει να θέλει παιδί
Οφείλει να προσπαθήσει με όλα τα διαθέσιμα μέσα
Δεν πρέπει να προσαρμοστεί σε μια ζωή χωρίς παιδί
Η ατεκνία ισοδυναμεί με αναπηρία και δυστυχία
Η γυναίκα πάντα ευθύνεται σε κάποιο βαθμό για μια αποτυχημένη προσπάθεια

Σύμφωνα με αυτές τις διαδεδομένες πεποιθήσεις, η γυναίκα οφείλει να επιθυμεί παιδιά και να μην συμβιβάζεται με την προοπτική να μην τα αποκτήσει. Επειδή ως σκοπός του γάμου από πολύ κόσμο θεωρείται η απόκτηση παιδιών, η γυναίκα πιέζεται κοινωνικά προς αυτή την κατεύθυνση ειδικά όταν έχει ήδη περάσει κάποια χρόνια παντρεμένη, για να δώσει με τη γέννηση παιδιών, στο γάμο το πραγματικό του νόημα. Παρόμοιες πεποιθήσεις εξέφρασαν και κάποιες από τις συμμετέχουσες.

**Κλαίρη:** «Ένα παιδί το θέλω επειδή το βιολογικό μου ρολόι χτυπάει και πρέπει.»

**Μαργαρίτα:** «Ένα παιδί πρέπει να έρθει τώρα, για να δώσει, έννοια στο ρόλο της οικογένειας. Μάλλον να δώσει ρόλο στην έννοια της οικογένειας. Έτσι αισθάνομαι εγώ.»

Οι πεποιθήσεις αυτές όμως έχουν και κάποιες συνέπειες. Μια απ' αυτές είναι ότι οι γυναίκες πείθονται ότι δεν υπάρχει περίπτωση να ευτυχίσουν στη ζωή τους χωρίς παιδιά και ενθαρρύνονται να εξαντλήσουν όλα τα διαθέσιμα μέσα από το φόβο ότι αν δεν το κάνουν, κάποια μέρα θα το μετανιώσουν και δεν θα μπορούν να κάνουν πια κάτι γι' αυτό.

**Ράνια:** «Αλλά σίγουρα αυτό που θα έλεγα [σε κάποια γυναίκα που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα], είναι να μην τα παρατήσει. Να μην τα παρατήσει. Δηλ., να

*κάνει ότι περνάει απ' το χέρι της, ή απ' το χέρι του ζευγαριού, ώστε να... Δηλ., αυτό που λέω, να κοιτάξεις τον εαυτό σου στον καθρέφτη, όταν θα έρθει η στιγμή και θα το κάνεις αυτό, και να μπορείς να τον κοιτάξεις κατάματα και να πεις ότι εγώ έκανα αυτό που μπορούσα, ότι ήταν δυνατόν και περνούσε απ' το χέρι μου, έτσι; από 'κει και πέρα αν δεν επιτεύχθηκε, τουλάχιστον θα μπορώ να κοιτάζω τον εαυτό μου χωρίς ντροπή, έτσι; Ούτε κάποια στιγμή θα γυρίσω και θα πω όταν θα γεράσω: ρε \*\*\*! Κοίτα να δεις! Υπήρχε αυτό και δεν το 'κανα! Γιατί βαρέθηκα, γιατί, γιατί, γιατί... έτσι; κι αυτό έχω παράδειγμα και το λέω.»*

Στο πλαίσιο αυτό καλλιεργούνται και αισθήματα ενοχής στην γυναίκα που θα μπει στη διαδικασία να πάρει απόφαση ότι μπορεί και να μην κάνει παιδί κι ακόμα περισσότερο την απόφαση να μην συνεχίσει την προσπάθεια αλλά να προσαρμοστεί στις υπάρχουσες συνθήκες. Αντίθετα μια τέτοια άποψη θεωρείται ως λογική αντίδραση όταν πλέον η επιστήμη αποφανθεί ότι δεν μπορεί να βοηθήσει πια γιατί η γυναίκα μεγάλωσε αρκετά ή γιατί οι πιθανότητες για επιτυχία της εξωσωματικής είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Στο ίδιο πλαίσιο ωστόσο οι γυναίκες θα πρέπει να νιώθουν ταυτόχρονα ένοχες επειδή θέλουν τόσο πολύ ένα παιδί γιατί θεωρείται ότι η ζωή συνεχίζεται. Ουσιαστικά ενοχοποιείται τόσο η προσπάθεια να προσαρμοστούν σε μια ζωή χωρίς παιδί, όσο και η έντονη επιθυμία για παιδί.

***Ράνια:*** «*Κι απ' την άλλη, ντάξει, είναι λίγο αντιφατικό, μερικές φορές έχω πιάσει τον εαυτό μου, που έχω πει: καλά δεν είσαι έτσι; τι θέλεις τώρα δηλαδή; να βάλεις ένα μπελά στο κεφάλι σου; Ναι. Δηλαδή πολλές φορές έχω πιάσει τον εαυτό μου, βέβαια αναιρώ και λέω τι σκέφτεσαι τώρα!*»

Αν υπάρχει πρόβλημα, η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπιστεί με συμπάθεια, αλλά οφείλει να προσπαθήσει με όλα τα διαθέσιμα μέσα και να επιμείνει όσο περισσότερο μπορεί στην προσπάθεια της μέχρι να αποκτήσει παιδί ή μέχρι να προκύψει λόγος υγείας ή να το απαγορεύσουν οι γιατροί.

***Νίκη:*** «*...όπως το βλέπω τώρα άμα δουν [οι δικοί της] ότι έχω κάνει ό,τι μπορώ να κάνω και το 'χει ανάγκη κι ο οργανισμός μου να σταματήσω οπότε είναι δικαιολογημένο δεν νομίζω να υπάρξει αντίδραση. Τώρα άμα έβλεπαν ότι δεν*

*μπορώ να κάνω παιδί, αλλά δεν πήγαινα στο γιατρό ή δεν έκανα κάτι για να δω έχω τίποτα, δεν έχω, εκεί φαντάζομαι θα υπήρχαν αντιδράσεις.»*

Επίσης στην ενοχοποίηση της μη εξάντλησης των διαθέσιμων επιλογών για βιολογικό απόγονο, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι γονείς ή Σημαντικοί Άλλοι. Κι αυτό γιατί φοβούνται ότι αν τα παιδιά τους δεν αποκτήσουν κι εκείνα παιδιά, θα στερηθούν μια σημαντικότερη πηγή χαράς. Στο πλαίσιο αυτό τα πιέζουν να προχωρήσουν σε διερεύνηση του προβλήματος και στις διάφορες μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όσο πιο νωρίς γίνεται, από φόβο ότι ίσως έρθει κάποια στιγμή που θα θέλουν πολύ ένα παιδί, αλλά πλέον θα είναι αργά για να προσπαθήσουν να το αποκτήσουν.

***Ράνια:*** «...η νονά μου, δεν απέκτησε παιδιά, και γύρισε και... το είπε στην μαμά μου βέβαια, εγώ το άκουσα, αλλά εμένα μου 'χει μείνει: ότι έλεγε, μιλάγαμε με τη μαμά μου και δε με είχανε πάρει εμένα χαμπάρι ότι ήμουννα έξω, ντάξει και δεν ήθελα ας πούμε να τις ενοχλήσω, να τις διακόψω, αλλά έτυχε, περνούσα [...] και έτυχε και άκουσα. Της είπε ότι κοίταζε να δεις ας πούμε, ότι μπορούν να κάνουν τα παιδιά να το κάνουνε, κι η νονά μου ας πούμε που είναι μεγάλη, εξωσωματική; εξωσωματική! οτιδήποτε, οτιδήποτε, οτιδήποτε, ακόμα λέει και να πάνε να υιοθετήσουν ένα παιδάκι, αρκεί, λέει, να μην μείνουν έτσι. Επειδή λέει κάποια στιγμή θα το μετανιώσουνε, όπως, λέει, εγώ αυτή τη στιγμή, που δεν υιοθέτησα ένα παιδάκι! Κι είμαι λέει μόνη μου –είναι με τον νονό μου- έτσι; και το 'χω μετανιώσει. Και τώρα λέει χτυπάω το κεφάλι μου στον τοίχο. Και λέω ότι γιατί να μην το κάνω;»

***Ειρήνη:*** «Δηλαδή δεν θέλω αύριο να κατηγορήσω εγώ η ίδια τον εαυτό μου βλέποντας μες τον καθρέφτη και να πω ότι είχες και κάτι ακόμα να κάνεις, είχες και μια εξωσωματική, είχες και κάποιον άλλο τρόπο, όποιος τρόπος βρεθεί και δεν το 'κανες. Τουλάχιστον να πω ότι αυτό μπορούσα να κάνω αυτό που μου είπαν να κάνω το ακολούθησα και δεν έγινε τίποτα. Να είμαι εντάξει με τον εαυτό μου.»

Επίσης, στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο μια γυναίκα που δεν έχει ακόμη δικά της παιδιά δεν δικαιούται να εκφέρει γνώμη για τα παιδιά γενικά γιατί θεωρείται ότι

δεν γνωρίζει αρκετά πράγματα σχετικά αφού δεν έχει εκείνη προσωπικά την εμπειρία. Αυτό όσο περνάνε τα χρόνια και οι υπόλοιποι στον περίγυρό της αποκτούν παιδιά, τελικά την θέτει στο περιθώριο. Στις συνεντεύξεις, σε κάποιες περιπτώσεις έχει ειπωθεί ευθέως σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας ότι «εσύ δεν ξέρεις από παιδιά κι όταν γίνεις μάνα θα καταλάβεις» και σε άλλες βγαίνει με έμμεσο τρόπο. Γίνεται αντιληπτό από τον δισταγμό των γυναικών να εκφέρουν γνώμη στα πλαίσια της συνέντευξης.

***Κλαίρη:** «... βλέπεις ότι όλο σου το περιβάλλον έχει από ένα-δυο παιδάκια και όταν βρεθείς σ' ένα τέτοιο περιβάλλον η κυρίαρχη συζήτηση είναι για τις πάνες, για το πότε κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε, ποια αρρώστια πέρασε κι εσύ δεν μπορείς να συμμετέχεις σ' αυτό γιατί δεν έχεις παιδί, αυτό σε κάνει να είσαι λίγο στο περιθώριο. [...] Θεωρώ ότι αν είχα ένα παιδί η θεωρία που θα έλεγα θα ήτανε πιο βάσιμη. Και ο άλλος θα την εκλάμβανε ως πιο πεπειραμένη θεωρία.»*

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες που δικαιούνται να μην θέλουν να αποκτήσουν παιδιά (ή μήπως κατά βάθος δεν δικαιούνται να θέλουν;). Είναι οι γυναίκες που θέλουν να κάνουν καριέρα κι εκείνες που δικαιούνται να μην θέλουν *ακόμα* να κάνουν παιδί, οι νιόπαντρες. Το σημείο αυτό τονίζεται γιατί αναδεικνύει ότι οι αναπαραγωγικές επιλογές των γυναικών γενικά κι όχι μόνο όσων καταφεύγουν στην εξωσωματική, δεν είναι ελεύθερες (Morell 2000, p.317, 321). Και μαζί μ' αυτές δεν είναι ελεύθερες γενικά οι επιλογές. Ακόμη και σήμερα, στη συνείδηση της Ελληνικής κοινωνίας οι γυναίκες πρωταρχικά οφείλουν να είναι μητέρες κι ακόμη πρέπει να επιλέξουν ανάμεσα σε ρόλους γιατί η γυναίκα καριέρας δεν είναι αρκετά γυναίκα ώστε να γίνει και μητέρα και η μητέρα παραείναι γυναίκα για να έχει άλλες αξιώσεις για τη ζωή της πέρα από τον ρόλο της μητέρας. Η καταξίωσή της γυναίκας, προέρχεται κυρίως ή και μόνο από την μητρότητα (Applegarth 2002, p.169).

***Μαργαρίτα:** «Γνωρίζουν οι δικοί μου ότι δεν ανήκω σ' αυτήν την επιλογή [που μπορεί να μην θέλει παιδί]. Είπα και πριν: ούτε γυναίκα καριέρας είμαι, ούτε... Εννοείται... κι έχω και τόσα χρόνια δεσμό. Έτσι; Κι εννοείται ότι και καλά, θα παντρευτώ και αμέσως θα κάνουμε παιδί.»*



Επίσης, η γυναίκα σε κάποιο βαθμό, φαίνεται ότι πάντα «ευθύνεται» για την αποτυχία της προσπάθειας ακόμα κι αν δεν εντοπίζεται στην ίδια κάποιο πρόβλημα.

**Μυρσίνη:** «Ο κοινωνικός περίγυρος ούτως ή άλλως κάτι θα βρει να πει και πάντοτε για τη γυναίκα. Δηλαδή ακόμα πιστεύω και ο σύζυγος να είχε το πρόβλημα για τη γυναίκα θα βρουν να πουν κάτι σίγουρα.»

Κλείνοντας, αξίζει να γίνει μια αναφορά και σε ‘κείνες που εγκατέλειψαν την προσπάθεια. Αν και δεν υπήρξε κάποιο ευθύ σχόλιο γι’ αυτές, υπήρξαν αρκετά από τα οποία θα μπορούσε κανείς να βγάλει κάποιο συμπέρασμα: το συμπέρασμα συνοψίζεται στο ότι αν δεν υπάρχει λόγος υγείας ή σοβαρό οικονομικό πρόβλημα, ουσιαστικά η γυναίκα δεν δικαιούται να σταματήσει κι ακόμα ότι όσες σταματούν ουσιαστικά δεν ήθελαν ποτέ πραγματικά παιδί. Το κίνητρό τους και ο αγώνας τους εκμηδενίζονται γιατί κυριαρχεί η άποψη ότι αν πραγματικά θέλει κανείς παιδί, δεν θα πρέπει να παραιτηθεί απ’ τις προσπάθειες (Molock 2002, p.455). Οι γυναίκες που σταμάτησαν ή και που μπορεί ποτέ να μην μπόρεσαν στην προσπάθεια, εξ’ ορισμού σχεδόν δεν θέλουν το παιδί. Απ’ όλες τις γυναίκες, αυτές είναι ίσως οι πιο παρεξηγημένες και οι πιο μόνες αφού η στάση τους (ειδικά αν δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ με εξωσωματική) είναι η πιο παρεξηγήσιμη και επιλήψιμη απ’ όλες τις ενδιαφερόμενες πλευρές.

**Κλαίρη:** «[θα έλεγε στις γυναίκες] Να μη σταματάνε την προσπάθεια. Άμα θέλουνε το στόχο τους να τον πετύχουν, να αποκτήσουν το πολυπόθητο παιδί, πρέπει να αγωνιστείς. Δυστυχώς είμαστε κάποιες γυναίκες που έχουμε διαλεχτεί γι’ αυτό τον αγώνα. [...] Οπότε, αφού θέλεις να βγεις νικήτρια πρέπει να συνεχίσεις. Αν το βάλεις κάτω, τελείωσε, έχεις ηττηθεί. Δεν πρόκειται να σου ‘ρθει ουρανοκατέβατο. [...] Δυστυχώς σε μας, αυτές οι γυναίκες που είναι στην ίδια κατηγορία με μένα δεν έρχονται ουρανοκατέβατα αυτά. Είναι αποτέλεσμα πολλών αγώνων. Πολλών προσπαθειών μετά από πολλές στεναχώριες.... Δηλαδή είναι ένας μεγάλος αγώνας. Άμα θες να το πετύχεις και υπάρχει βέβαια και η προϋπόθεση, είναι να προσπαθείς. Δηλαδή να μην το αφήσεις να σε πάρει από κάτω.»

Εν κατακλείδι, η εμπειρία της υπογονιμότητας δημιουργεί αισθήματα διαφορετικότητας και μοναξιάς και έλλειψης κατανόησης από τους γύρω με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας συμβολικός χώρος γονιών και ένας μη γονιών ο οποίος απολαμβάνει χαμηλότερο κοινωνικό status.

## 6. Κίνητρα

Η ενότητα αυτή αναφέρεται σε δύο είδους κίνητρα: τα κίνητρα που ωθούν τα ζευγάρια να επιλέξουν ή να ακολουθήσουν την μέθοδο της εξωσωματικής και τα κίνητρα που αφορούν στην ίδια την επιθυμία για παιδί. Σε ότι αφορά τους λόγους που κάνουν την εξωσωματική μέθοδο επιλογής για πολλά ζευγάρια, αυτοί συνοψίζονται στους ακόλουθους:

**Πίνακας 8. Γιατί η εξωσωματική προτιμάται από τις γυναίκες**

<b>Κίνητρα για έναρξη εξωσωματικής</b>
Η εξωσωματική θεωρείται μονόδρομος
Δεν θέλουν να χάσουν χρόνο
Οι γιατροί πιέζουν γιατί ο χρόνος μετράει ενάντια
Θεωρούν ότι έτσι θα λήξει πιο γρήγορα η ταλαιπωρία τους
Η μέθοδος θεωρείται εξαιρετικά αποτελεσματική από τον ευρύ κοινό
Ως μέρος μιας λογικής πορείας διερεύνησης του προβλήματος
Δεν υπάρχει άλλη ενδεικνύμενη μέθοδος
Για να είναι βέβαιες ότι εξάντλησαν όλες τις διαθέσιμες επιλογές

Αν και σε πολλές περιπτώσεις η εξωσωματική προτείνεται από την ιατρική ομάδα μετά από μια αναποτελεσματική πορεία με ηπιότερα μέσα, σε κάποιες περιπτώσεις τα ίδια τα ζευγάρια επιλέγουν αντί να εξαντλήσουν τις προσπάθειες που συνήθως προβλέπονται με τα πιο ήπια μέσα (πχ προγραμματισμένες επαφές ή σπερματεγχύσεις), να προχωρήσουν πιο άμεσα σε εξωσωματική. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους.

Κάποιες γυναίκες φοβούνται ότι θα επιδεινώσουν το πρόβλημα τους:

**Κλαίρη:** «Επειδή φοβόμουνα και φοβάμαι ακόμα δηλαδή για τη σπερματέγχυση επειδή όταν δεν είναι καλές οι σάλπιγγες υπάρχει πιθανότητα για εξωμήτρια κύηση.»

Άλλος λόγος είναι γιατί θεωρούν ότι μ' αυτό τον τρόπο θα ταλαιπωρηθούν λιγότερο και θα κερδίσουν χρόνο.

**Μυρσίνη:** «...αυτή η διαδικασία όμως πρέπει να γίνει για να τελειώνω κάποια στιγμή!»

Άλλος λόγος για να μπει κανείς σε μια διαδικασία εξωσωματικής, είναι ότι από τη στιγμή που θα εμφανιστεί καθυστέρηση στη σύλληψη, το επόμενο λογικό για την εποχή και την κοινωνία μας βήμα είναι να διερευνήσει τα αίτια. Εφ' όσον μπει σ' αυτή τη διαδικασία το ένα φέρνει το άλλο και κατά κανόνα η επόμενη λογική και αναμενόμενη κίνηση είναι να ξεκινήσει κανείς μια πορεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που συχνά φτάνει έως και την εξωσωματική.

**Ράνια:** «Μόλις... μετά από δύο χρόνια... είδαμε ότι, προσπαθήσαμε στην αρχή, είδαμε ότι δε γίνεται, πήγαμε στο γιατρό, κάναμε κάποιες εξετάσεις ξέρω 'γώ, ψαχτήκαμε, και βρέθηκε το πρόβλημα στη σάλπιγγα. Κι από 'κει άρχισε ο... ο Γολγοθάς ας το πούμε σε εισαγωγικά, έτσι; Κάνε αυτή την εξέταση, κάνε την άλλη, κάνε λαπαροσκόπηση. Να δούμε κι εκείνο, να δούμε το άλλο, σαλπιγγογραφία... αναγκαστικά μπαίνεις. Άμα μεις μέσα στο παιχνίδι... ή που λένε άμα μεις μέσα στο χορό, θα χορέψεις. Μετά, άντε εξωσωματική, άντε η μια άντε η άλλη...»

Η εξωσωματική είναι μια μέθοδος ιδιαίτερα χρήσιμη για πολλά ζευγάρια, όμως ταυτόχρονα παρουσιάζεται και ως μονόδρομος περιορίζοντας το φάσμα των επιλογών του ζευγαριού:

**Ειρήνη:** «...είναι μονόδρομος. Από τη στιγμή που βλέπεις ότι δεν μπορείς να κάνεις παιδί με το φυσικό, παραδοσιακό, απολαυστικό τρόπο, λοιπόν... ξέρεις ότι πρέπει να μπεις.»

Ακόμη από αρκετές συνεντεύξεις αναδεικνύεται το ότι η εξωσωματική είναι προϊόν της εποχής ως προς την λογική που την διέπει και κατ' επέκτασιν αναδεικνύεται και μια ιδιαίτερη λογική κατά την οποία η χρήση της προκρίνεται έναντι των πιο παραδοσιακών και των κοινωνικών λύσεων. Κατ' αρχήν γιατί απ' ότι λένε οι γυναίκες στις συνεντεύξεις ο κόσμος –και οι περισσότερες απ' αυτές- έχει πειστεί ότι είναι μια μέθοδος που σχεδόν πάντα δίνει αποτελέσματα και γρήγορα. Το «σχεδόν πάντα», πρακτικά μεταφράζεται σε «πάντα» εκτός κι αν κάποιος είναι εξαιρετικά άτυχοι η με κάποιο τρόπο «προβληματικοί». Το ότι αυτή η πεποίθηση στην πράξη δεν ισχύει το καταλαβαίνουν συνήθως μετά την πρώτη- δεύτερη αποτυχία. Το άλλο είναι ότι ουσιαστικά έχει «ακυρώσει» στην συνείδηση του κόσμου την ύπαρξη των πιο ήπιων μεθόδων. Οι τελευταίες επειδή σε πολλές εκδοχές τους δεν είναι τόσο δραστικές και παρεμβατικές, πρακτικά, όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις, εύκολα εξισώνονται με αποτυχία και χάσιμο χρόνου. Το σκεπτικό αυτό, είναι σαφέστατα προϊόν των σύγχρονων απαιτήσεων για ταχύτητα και αποτελεσματικότητα που άλλωστε επικρατεί γενικά στις δυτικού τύπου κοινωνίες σήμερα.

**Νίκη:** «...επειδή μπαίνεις σε μια διαδικασία που σε βοηθάει είναι σαν να είσαι πιο κοντά στο αποτέλεσμα ουσιαστικά.»

**Ινώ:** «...όταν έκανα δηλ. και την πρώτη προσπάθεια και είδα ότι είναι αρνητικό είπα: ακόμα και με εξωσωματική και δεν τα κατάφερα; Δηλ. πήρα την ευθύνη για το αρνητικό αποτέλεσμα πάνω μου.»

Η λογική αυτή επίσης τροφοδοτεί και τις κοινωνικές πιέσεις προς το υπογόνιμο ζευγάρι προς την συγκεκριμένη κατεύθυνση (Rosenthal, Kingsberg, 2002

p.512). Από την στιγμή που υπάρχουν τα μέσα είναι απαράδεκτη κάθε δικαιολογία για την μη χρήση τους (Molock 2002, p.455). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί και η σύγκρουση που σε ορισμένα σημεία φαίνεται ότι βιώνουν οι γυναίκες ανάμεσα στους φόβους τους για την διαδικασία και τις συνέπειες της, την επιθυμία για παιδί και την κοινωνική πίεση να προχωρήσουν στην διαδικασία:

**Ινώ:** «Αν έπρεπε να υποβληθεί [κάποια γυναίκα που θα συμβούλευε] σε μέθοδο εξωσωματικής, να το έκανε... Θα της ανέφερα όλη τη διαδικασία από την αρχή... εμ... και θα την παρότρυνα να κάνει τις προσπάθειες της. Δεν... δεν... Πιστεύω ότι δεν με τρομάζει η διαδικασία. Όλη η διαδικασία πιστεύω ότι είναι... Δεν... δεν με φόβισε η διαδικασία εμένα.<sup>9</sup>»

Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις που και οι γιατροί πιέζουν, γιατί φοβούνται ότι όσο ο χρόνος περνά τα πράγματα θα δυσκολεύουν και δεν θα μπορούν πια να βοηθήσουν τις γυναίκες:

**Κατερίνα:** «... επειδή όσο και να το πεις, 35αρίζουμε σε λίγο καιρό, σου λέει ο γιατρός: ας επισπεύσουμε γιατί τώρα τα έχουμε όλα καθαρά. Δεν ξέρω μετά.»

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, δεν υπάρχει άλλη μέθοδος που να ενδείκνυται:

**Δάφνη:** «Και οι δύο μου οι σάλπιγγες ήτανε κατεστραμμένες είχα και συμφύσεις και δεν μπορούσε να γίνει φυσιολογικά... να έχω φυσιολογική εγκυμοσύνη και με το γιατρό μου είπαμε ότι θα πρέπει να αφαιρεθούν οι σάλπιγγες και να μπούμε στη διαδικασία της εξωσωματικής.»

Σε ότι αφορά τον αριθμό των προσπαθειών όλες έχουν θέσει όρια. Μια μορφή είναι ο αριθμός των προσπαθειών, σε άλλη εκδοχή είναι η ηλικία τους. Οι περισσότερες είπαν ότι προτίθενται να συνεχίσουν μέχρι τα 40. Κάποιες άλλες είπαν ότι σκοπεύουν να συνεχίσουν όσο αντέχουν οικονομικά και όσο οι γιατροί τους

---

<sup>9</sup> Το απόσπασμα είναι ενιαίο

θεωρούν την προσπάθεια ακίνδυνη για την υγεία τους και τους δίνουν κάποιες πιθανότητες επιτυχίας.

*Λίνα:* «...έχω δώσει περιθώριο στον εαυτό μου μέχρι το πολύ τα 40 μου να συνεχίσω.»

*Κλαίρη:* «Όσο, όσο μπορούν τα οικονομικά μου και όσο υπάρχουν καλές προϋποθέσεις. Σωματικά δηλαδή. Όσο υπάρχουν αυτά τα δύο εγώ θα προσπαθώ.»

Σε ότι αφορά την επιθυμία για την απόκτηση παιδιού, τα κίνητρα, στην αρχή τουλάχιστον είναι τα ίδια με αυτά των υπόλοιπων ζευγαριών και συνοψίζονται στα ακόλουθα:

#### Πίνακας 9. Κίνητρα για την απόκτηση απογόνων

Κίνητρα για την απόκτηση παιδιών
Ολοκλήρωση της σχέσης
Στα πλαίσια μιας καλής σχέσης
Για την συνέχιση της σχέσης
Για χάρη του συντρόφου
Γιατί ο σύντροφος θα γίνει καλός γονιός
Για να γεμίσει ο χρόνος
Γιατί νιώθουν ότι έφτασε η κατάλληλη στιγμή
Ως επανορθωτική εμπειρία σε βιώματα της παιδικής τους ηλικίας
Για να επαναλάβουν θετικά βιώματα της παιδικής τους ηλικίας
Γιατί φοβούνται μήπως μείνουν μόνες
Για ναρκισσιστικούς λόγους
Για κοινωνικούς λόγους

Όσο ο καιρός περνάει, τα κίνητρα αυτά είναι δυνατόν να διαφοροποιηθούν. Κάποιες από τις γυναίκες που έχουν περάσει καιρό στις διαδικασίες, αναγνωρίζουν ότι κατά το παρελθόν έκαναν κάποιες προσπάθειες για κοινωνικούς λόγους περισσότερο και λιγότερο επειδή ήταν έτοιμες να γίνουν μητέρες.

***Αίνα:** «Η προηγούμενη προσπάθεια ήταν καθαρά για... για την... για τους άλλους. Δεν ήταν... [...] για την πεθερά μου πιο πολύ. Εν τω μεταξύ με την άποψη ότι η πεθερά τα πλήρωνε όλα. Ότι και καλά είσαι... υποχρεώνεσαι»*

Άλλες λένε ότι έχουν έρθει στιγμές που και οι ίδιες αμφιβάλλουν για τα κίνητρα τους. Φαίνεται πάντως ότι όσο περνάει ο καιρός και δεν εκπληρώνεται η επιθυμία τους τα κίνητρα για να συνεχίσουν γίνονται πιο πολύπλοκα.

Σημαντικό ρόλο για να πάρουν την απόφαση ότι επιθυμούν παιδί και ότι η συγκεκριμένη, είναι η κατάλληλη στιγμή, διαδραματίζει η ποιότητα της σχέσης με τον σύντροφο. Οι περισσότερες δήλωσαν ότι εάν δεν είχαν καλή σχέση και δεν είχαν βρει τον «κατάλληλο» άνθρωπο μάλλον δεν θα προσπαθούσαν. Η εκτίμηση προς τον σύντροφο στα πλαίσια μιας καλής σχέσης, τις παρακινεί να προσπαθήσουν.

***Κατερίνα:** «...καμιά φορά λέω για τους γιους, ότι αν είναι να κάνω ένα γιο σαν τον άντρα μου, όχι έναν κάνω, δέκα! Και το εννοώ αυτό!»*

***Νόρα:** «Ολοκληρώνει η αγάπη μας και η οικογένεια. Γι' αυτό το λόγο παντρευτήκαμε. Γιατί νιώθουμε ότι μπορούμε, έχουμε και τις ίδιες ιδέες πως θα το μεγαλώνουμε και βλέπουμε ότι δεν έχουμε μεγάλη διαφορά σε γνώμες πώς να μεγαλώνεις ένα παιδί και πιστεύω αυτά είναι μια βάση που είναι το καλύτερο και για το παιδί και για μας.»*

***Δάφνη:** «Φτάνει βέβαια να έχεις βρει και τον κατάλληλο άνθρωπο για να το κάνεις. Αν κι εγώ ήθελα πάρα πολύ, με τον πρώτο μου γάμο ναι μεν ήθελα αλλά δεν έκανα καμία προσπάθεια ουσιαστικά, ενώ με το Νίκο, κατευθείαν με το που γνωριστήκαμε, δηλαδή κατάλαβα ότι είναι ο άνθρωπός μου και μπορώ να κάνω μαζί του οικογένεια και γι' αυτό ξεκίνησα. Αν ήταν άλλος απ' τον Νίκο δεν ξέρω αν τελικά θα το έκανα. [...] Παίζει ρόλο και ο άνθρωπος που είναι μαζί σου.»*

Άλλος λόγος που προβάλλεται από κάποιες, είναι ότι έχουν ήδη περάσει πολλά χρόνια σε σχέση ή σε γάμο με τον σύντροφο και για να συνεχιστεί η σχέση αυτή θα πρέπει κάτι ν' αλλάξει. Αυτό το κάτι είναι η γέννηση ενός παιδιού που μπορεί ν' αλλάξει την καθημερινότητα και τη σχέση τους. Κάποια απ' τις κοπέλες

μάλιστα σκεφτόταν σοβαρά και την πιθανότητα διαζυγίου αν δεν αποκτήσουν παιδί. Όχι γιατί δεν υπάρχει αγάπη, αλλά γιατί νιώθει ότι χωρίς παιδί δεν υπάρχει η δυνατότητα για περαιτέρω εξέλιξη της σχέσης.

**Μαργαρίτα:** «Ο στόχος στην οικογένεια είναι το παιδί. Δεν ξέρω, έτσι θεωρώ εγώ. Αν λοιπόν ένα παιδί δεν έρθει, εγώ βλέπω και διαζύγιο μπροστά μου.»

**Μυρσίνη:** «...πιστεύω ότι θα κάνει πιο χαρούμενα τα πράγματα, όχι πιο ενδιαφέροντα... πιο ενδιαφέροντα θα φύγει δηλαδή αυτή η μονοτονία. [...] Ε, σίγουρα θα αλλάξει, πάρα πολλά θα αλλάξουν πράγματα, σίγουρα θα έχω να κάνω περισσότερα και ειδικά όταν δεν δουλεύεις, δηλαδή τρία χρόνια που έχω μείνει εγώ χωρίς δουλειά είναι πολύ άσχημο πράγμα. Το να κάθεται στο σπίτι... ντάξει, τί θα κάνεις; [...] Οπότε ένα παιδί σου δίνει πράγματα να κάνεις, να ασχοληθείς.»

Άλλοι λόγοι που αναφέρουν είναι για χάρη του συζύγου. Κάποιες απ' τις γυναίκες είπαν ότι αν δεν προσπαθήσουν αισθάνονται ότι θα στερήσουν από τον σύζυγο τη χαρά να γίνει πατέρας. Επίσης στο πλαίσιο αυτό, σημαντικό κίνητρο για να αποφασίσουν ότι θέλουν παιδί, είναι και η πεποίθηση ότι ο σύζυγος θα γίνει καλός πατέρας αλλά και η σχέση που βλέπουν ότι αναπτύσσει με άλλα παιδιά όπως ανίψια και βαφτιστήρια.

**Κατερίνα:** «Κι έχω εμπιστοσύνη και στον άντρα μου φοβερή, ότι θα γίνει ένας υπέροχος πατέρας. Γιατί είναι κι αυτός ένας πολύ δοτικός άνθρωπος. Πάρα πολύ. Και έχει κι αυτός πολύ ωραίες αρχές μέσα του [...] και ξέρω ότι παρ' ότι είναι δύσκολη η δουλειά του, ότι αν ο άντρας μου κάνει ένα παιδί, εε... θα του αφιερώσει χρόνο. [...] Εγώ δεν ήξερα πώς θα 'ναι, κι όταν είδα τον άντρα μου με τον ανιψιό μου, όταν γέννησε η αδελφή μου, που τον κρατούσε στην αγκαλιά, φοβόμουνα. [...] Κι έβλεπα ας πούμε τον άντρα μου, βουτούσε το μικρό, τον άλλαζε, νεογέννητος τώρα ο μικρός! 5 ημερών τώρα! Λέω: ο άντρας μου είναι αυτός; Να το πάρει, να το ταΐσει, πού εγώ να ταΐσω παιδί!»

Άλλοι λόγοι είναι πιο προσωπικοί. Κατ' αρχήν οι περισσότερες αναφέρουν ότι νιώθουν ότι έχει έρθει η κατάλληλη στιγμή κι ότι νιώθουν συναισθηματικά ώριμες γι' αυτό το βήμα. Νιώθουν γενικά αγάπη για τα παιδιά, τα πηγαίνουν καλά μαζί τους.



Άλλοι λόγοι που αναφέρουν είναι ότι επιθυμούν μέσα από το παιδί να αναδημιουργήσουν τον Εαυτό τους και τον σύζυγο.

**Νόρα:** «Τα έχουμε, από αυτά τα έχουμε μιλήσει ο άντρας μου κι εγώ και έχουμε βρει το εξής: αυτός το φαντάζει έτσι όπως είμαι εγώ και εγώ το φαντάζομαι το παιδί έτσι όπως είναι αυτός! [γέλια] [... ] αλλά αυτός πιο πολύ στην δική μου πλευρά κι εγώ βέβαια πιο πολύ στη δική του!»

**Λίνα:** «[Φαντάζεται το παιδί] Σαν εμένα! Πολύ ζωνηρό, πολύ... ν' αντιμιλάει. Εγώ δηλαδή αντιμιλάγα πάρα πολύ. Καλό είν' αυτό. Κακό δεν είναι. Αλλά να, έχω μια άποψη που δεν θέλω να την σκέφτομαι. Μου θυμίζει την... είχε μια ταινία προχτές, «το τρομερό παιδί» με τη φιλενάδα του. Ναι... Αυτό. Δεν θα 'θελα να το ζήσω τόσο πολύ. Να είναι δύο μπόμπιρες και να τα κάνουν όλα άνω –κάτω [γέλια].»

Μια άλλη σημαντική ομάδα κινήτρων εδράζονται σε κοινωνικούς λόγους που έχουν να κάνουν με την ηλικία τους που θεωρείται πλέον κατάλληλη για ν' αποκτήσουν ένα παιδί, με το γεγονός ότι οι συνομήλικες τους αρχίζουν και αποκτούν παιδιά ή έχουν ήδη και την ανάγκη να εναρμονιστούν με το περιβάλλον τους.

**Κλαίρη:** «...βλέπεις ότι όλο σου το περιβάλλον έχει από ένα-δυο παιδάκια [... ] Βέβαια δεν είναι ο λόγος αυτός που θέλω να κάνω παιδί, έτσι, αλίμονο. Ένα παιδί το θέλω επειδή το βιολογικό μου ρολόι χτυπάει και πρέπει.»

Επίσης κάποιες απ' τις γυναίκες μίλησαν και για την περίπτωση που το παιδί γίνεται αυτοσκοπός. Αυτό το έθεσαν κυρίως εκείνες που δεν έχουν ακόμα κάνει πολλές προσπάθειες και οι οποίες θεωρούν το φαινόμενο παθολογικό. Οι γυναίκες που έχουν περάσει ήδη κάποια χρόνια στην προσπάθεια παραδέχονται ότι έρχονται και στιγμές που και οι ίδιες αδυνατούν να ξεχωρίσουν σε ποιο βαθμό κάνουν την προσπάθεια για τον εαυτό τους και σε ποιο βαθμό για τους άλλους και αναγνωρίζουν ότι κάποιες στιγμές συνέβη το παιδί να γίνει αυτοσκοπός, όχι επειδή το ήθελαν αλλά επειδή δεν μπορούσαν να το έχουν.

**Μαργαρίτα:** «Τα τελευταία 1-2 χρόνια έχει γίνει ψυχολογικά έντονη η επιθυμία λόγω του ότι δεν μπορείς κιάλας. Μ' αυτή την έννοια. Ότι όσο βλέπεις και δεν

*έρχεται, τόσο πιο πολύ λες, «γιατί»; [...] Εγώ το πιστεύω αυτό που λέω. Ότι δεν είμαι σίγουρη ακόμα ποιος από τους δύο λόγους υπερτερεί. Το ότι, το αίσθημα της μητρότητας ή το ότι κάτι που δεν μπορώ και γιατί δεν μπορώ άρα πρέπει να μπορέσω. Αυτό, δεν το 'χω ξεκαθαρίσει.»*

Σε άλλες περιπτώσεις το κίνητρο, ενισχύεται από την προσδοκία που διατηρεί το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για τις επιθυμίες της γυναίκας. Επειδή κατά το παρελθόν εκείνη έχει εκφράσει την επιθυμία για οικογένεια και παιδιά, η επιθυμία αυτή θεωρείται δεδομένη και αμετάβλητη. Αυτό ενισχύεται και από την πεποίθηση ότι η γυναίκα έχει ανάγκη από μια σταθερή σχέση που να αποτελεί εξασφάλιση από την μοναξιά και η οποία για κάποιες γυναίκες αποτελεί και πραγματική, βαθιά επιθυμία.

**Δάφνη:** *«Δεν πιστεύω ότι θα με πιστεύανε [αν έλεγε ότι θέλει να σταματήσει την προσπάθεια]. Γιατί ειδικά η μητέρα μου ας πούμε ξέρει χρόνια ότι θέλω να κάνω παιδί. Δεν είχα δικιά μου οικογένεια, δεν είχαμε οικογένεια... οι γονείς μου ήτανε χωρισμένοι. Δεν έχω αδέρφια, είμαι... [...] Μόνο εγώ. Εε... και αν πάθει και τίποτα η μαμά μου δεν έχω κανέναν άλλο στον κόσμο. Θα μείνω μόνη μου. Εε... δεν μπορώ, δεν πιστεύω ότι... δεν θα με πιστέψει κανείς ότι δεν θέλω να... θέλω να σταματήσω κι ότι δεν θέλω να κάνω παιδιά.»*

Τα ζητήματα πιο κοινωνικού προβληματισμού και χαρακτήρα τέθηκαν ως πιο δευτερεύοντα κίνητρα και πάνω στη λογική της αμφιβολίας που κάποιες στιγμές οι γυναίκες νιώθουν όταν κι οι ίδιες αναρωτιούνται γιατί συνεχίζουν. Και συνήθως αυτού του είδους οι αμφιβολίες γεννιούνται όταν έχουν προηγηθεί αρκετές αποτυχημένες προσπάθειες ή πολύς καιρός προσπαθειών (το ένα δεν συνεπάγεται απαραίτητα το άλλο) οπότε και μπαίνουν στη διαδικασία να επανεξετάσουν τις επιλογές τους.

Τέλος σημαντικό συστατικό της απόφασής τους, αποτελούν και τα βιώματα της παιδικής ηλικίας:

**Κατερίνα:** *«Τώρα αν μου πεις γιατί θέλω παιδιά, είμαστε μια πολύ μεγάλη οικογένεια κι από πλευράς της μητέρας μου κι από πλευράς του πατέρα μου,*

*έχουμε μάθει να μένουμε όλοι μαζί, έχουμε μάθει στα παιδιά, στη χαρά που φέρνουν τα παιδιά και στα προβλήματα αν θές, γιατί δεν είναι μόνο χαρά»*

***Δάφνη:** «... εγώ μεγάλωσα χωρίς γονείς, χωρίς τον πατέρα μου μαζί και μόνο με τη μητέρα μου και ένα κομμάτι μου... δηλαδή δεν έχω πατέρα, δεν είμαι ολοκληρωμένη. Δεν είχαμε δηλαδή μια οικογένεια. Δεν ήμασταν μια οικογένεια στο σπίτι, δεν ήταν η μαμά, ο μπαμπάς, τ' αδέρφια. Δεν αντιμετωπίζαμε ένα θέμα σαν οικογένεια όλοι μαζί. Ήμουν... ήμασταν δύο άτομα. Οικογένεια ναι μεν, αλλά χωρίς τον πατέρα. Δεν θα 'θελα να μεγαλώσουν έτσι τα παιδιά μου. Δεν είναι φυσιολογικό να μεγαλώνει ένα παιδί μόνο με τον ένα γονιό.»*

Σε ότι αφορά την εικόνα του παιδιού, το πώς θα είναι ή τι αλλαγές θα φέρει γίνεται πολύ αφηρημένο περισσότερο για λόγους άμυνας της γυναίκας προς την προοπτική της αποτυχίας και της απογοήτευσης. Επίσης ενώ οι πιο ταλαιπωρημένες απέφευγαν σε πολλές περιπτώσεις να απαντήσουν στις ερωτήσεις που αφορούσαν το παιδί και τις αλλαγές που θα φέρει στη ζωή τους και κάποιες εμφανώς δυσφορούσαν, οι γυναίκες που ήταν στις πρώτες προσπάθειες χάρωνταν και κάποιες απ' αυτές πολύ μ' αυτές τις ερωτήσεις. Όσες προτίμησαν να μην απαντήσουν, είπαν ότι ελπίζουν αν έρθει τελικά το παιδί να έχουν το κουράγιο και τα συναισθηματικά αποθέματα για να το μεγαλώσουν σωστά.

Πάντως όποια από τα κίνητρα και να υπερτερούν, ανάλογα με τη φάση στην οποία βρίσκεται η κάθε γυναίκα, το βέβαιο είναι ότι συνήθως συνυπάρχουν αρκετά απ' αυτά, άλλα πιο «ρομαντικά» κι άλλα πιο ναρκισσιστικά. Επίσης είτε έχουν συγκεκριμένη εικόνα του παιδιού και των αλλαγών που θα φέρει για να τις παρακινήσει και να τις στηρίξει στις προσπάθειές τους είτε όχι, η γενική προσδοκία είναι ότι οι όποιες αλλαγές παρά τις πρακτικές δυσκολίες, θα είναι κατά βάση θετικές.

## **7. Εναλλακτικές**

Σημαντικό κομμάτι που αφορά το σκεπτικό με το οποίο γίνονται οι προσπάθειες αποτελούν και οι εναλλακτικές λύσεις που σκέφτονται οι γυναίκες για την περίπτωση που δεν θα αποκτήσουν τελικά παιδί, αλλά και οι εναλλακτικές συναισθηματικές επενδύσεις τους προς το παρόν.

### Πίνακας 10. Οι Εναλλακτικές λύσεις

Υιοθεσία
Δωρεά ωαρίων
Παρένθετη μητρότητα
Συναισθηματική επένδυση σε παιδιά άλλων
Ζώα

Οι εναλλακτικές αυτές περιλαμβάνουν για τις περισσότερες (αλλά όχι για όλες) την υιοθεσία καθώς θεωρούν ότι με τον τρόπο αυτό μπορούν να καλύψουν και τη δική τους ανάγκη για παιδί αλλά και την ανάγκη ενός παιδιού για οικογένεια. Κάποιες μάλιστα λένε ότι θέλουν πολύ να υιοθετήσουν αν το αντέχουν τα οικονομικά τους ακόμη κι αν αποκτήσουν δικό τους παιδί:

**Κατερίνα:** «Τη σκέφτομαι [την υιοθεσία], αλλά είναι πολύ δύσκολο. Δηλ. θα ήθελα πάρα πολύ να πάρω ένα παιδάκι. Δηλ. και δικό μου παιδί να κάνω, και δικό μου παιδί να κάνω, και δύο δικά μου παιδιά να είχα, θα ήθελα πάρα πολύ να μπορούσα να υιοθετήσω ένα παιδί και να το μεγαλώσω με αγάπη. Να του δώσω ένα σπίτι που δεν θα το έχει γιατί έχουμε γεμίσει τα ιδρύματα με μωρά.»

Εκείνο που λειτουργεί ανασταλτικά στις περισσότερες περιπτώσεις και κυρίως για όσες έχουν ήδη εξετάσει την δυνατότητα αυτή, είναι η πάρα πολύ μεγάλη γραφειοκρατία και εν γένει δυσκολία του εγχειρήματος κι ένα απ' τα αιτήματα που κάποιες θέτουν είναι να ανοίξουν οι υιοθεσίες. Πάντως συχνά ακούστηκε ότι οι σύζυγοι είναι επιφυλακτικοί απέναντι σ' αυτή τη λύση, το ίδιο και το οικογενειακό περιβάλλον.

**Μυρσίνη:** «Ας πούμε ο πατέρας μου είναι πολύ αρνητικός. Δεν θα μου πει τίποτα αλλά το να πάρει να μεγαλώσει ένα άλλο παιδί είναι... αρνητικός.»

Επιπλέον, ενδιαφέρον είναι ότι για αρκετές γυναίκες η υιοθεσία είναι μια επιλογή που την σκέφτονται νωρίς στην πορεία της υπογονιμότητας. Εκείνες που προσπαθούν για καιρό παραδόξως την θέτουν και λίγο σε δεύτερη μοίρα ως επιλογή. Ίσως αυτό να μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι πολλά ζευγάρια μπαίνουν

στην διαδικασία να διερευνήσουν τις προϋποθέσεις και τις προοπτικές εξ' αρχής οπότε και γνωρίζουν ότι η διαδικασία της υιοθεσίας είναι πολύ δύσκολη και η πιθανότητα να υιοθετήσουν πρακτικά ανέφικτη για πολλά ζευγάρια. Μια άλλη ερμηνεία έχει να κάνει με το ότι υπάρχουν φάσεις στην πορεία της προσπάθειας που το παιδί μπορεί να γίνει αυτοσκοπός και που η σκέψη για την λύση της υιοθεσίας φαίνεται άδοξη κατάληξη μιας επίπονης προσπάθειας. Τέλος, μετά από αποτυχία, κάποιες γυναίκες σκέφτονται ότι μπορεί να μην επέτυχε αυτή τη φορά αλλά είναι πιθανό να επιτύχει η επόμενη προσπάθεια και γι' αυτό δεν πρέπει να την εγκαταλείψουν.

Κάποιες άλλες που αντιμετωπίζουν μειωμένη ανταπόκριση του οργανισμού τους στα φάρμακα, θέτουν τη λύση της δωρεάς ωαρίων ως μια βιώσιμη εναλλακτική για να αποκτήσουν παιδί. Η συντριπτική πλειοψηφία όμως είναι από επιφυλακτική έως εχθρική στο ενδεχόμενο. Ομοίως και προς την παρένθετη μητρότητα.

***Λίνα:** «Για να αναγκαστώ να δανειστώ που δεν θα το 'κανα δηλαδή ποτέ αυτό. [...] Ναι, δεν θα το 'κανα ή δεν θα έβαζα μια άλλη να κάνει το παιδί ή μπορώ εγώ εε... εξαντλώ όλες τις πιθανότητες, και τελείωσε! προχωράει η ζωή, από 'κει κι έπειτα δεν θα κάτσουμε να πάμε και παρά φύσει, τελείως παρά φύσει!»*

Άλλη εναλλακτική που αναφέρθηκε αρκετά, είναι η επένδυση σε παιδιά άλλων όπως είναι τα ανίψια ή τα βαφτιστήρια. Αυτή είναι μια απ' τις τελευταίες επιλογές που θέτουν αν και κάποιες ανέφεραν σχέσεις πολύ έντονης αγάπης με τα ανίψια τους.

***Ινώ:** «Ναι. Έχουμε [ανιψάκι] απ' τον αδερφό του συζύγου μου. Έχει ένα παιδάκι που είναι πεντέμισι- έξι χρονών κι άλλο ένα μωράκι τριών μηνών- τεσσάρων. Ε... η αγάπη που έχουμε εισπράζει από το μεγάλο, πιστεύω ότι είναι ίση με την αγάπη που θα μπορούσε να εισπράξει ένας άνθρωπος από το ίδιο του το παιδί. Και το λέει όλος ο κόσμος. Δηλ., είναι φοβερό αυτό που... που νιώθει για μας και που νιώθουμε κι εμείς. Και όχι επηρεασμένοι επειδή δεν έχουμε δικό μας παιδί. Και δικό μας παιδί ν' αποκτήσουμε...»*

Επίσης, κυρίως από τις γυναίκες που έχουν περάσει πιο πολύ καιρό στις διαδικασίες και φοβούνται ότι ίσως οι προσπάθειες τους τελικά δεν θα αποδώσουν, η ύπαρξη ανιψιών λειτουργεί ως η έσχατη λύση ανάγκης και συναισθηματικής επένδυσης. Νιώθουν ότι τουλάχιστον μπορούν να κληροδοτήσουν σ' αυτά τα παιδιά ότι μπορούν να δημιουργήσουν και να κατακτήσουν σε πνευματικό και σε υλικό επίπεδο.

**Ειρήνη:** «Όσοι έχουνε παιδιά ξέρεις λένε: θα πάρω τώρα ας πούμε αυτό το εξοχικό κι αύριο θα μείνει στα παιδιά μου όταν θα 'χω κλείσει τα μάτια. Εγώ τι να πω; Θα μείνει πού; Ντάξει, ευτυχώς έχω κι ένα ανιψάκι, να του μείνει! [γελάει]»

Ο τελευταίος τρόπος για να ανταλλάξουν στοργή και να βρουν μια παρηγοριά είναι τα ζώα. Δύο απ' τις γυναίκες έχουν ζώα στο σπίτι. Στη μια οικογένεια τα έφερε ο σύζυγος και στην άλλη η σύζυγος. Όμως τα ζώα φαίνεται ότι βιώνονται ανταγωνιστικά προς τον στόχο της απόκτησης παιδιού από τον σύζυγο που δεν έλαβε την πρωτοβουλία να τα φέρει στο σπίτι.

**Νόρα:** «εγώ έχω τα ζωάκια μου και ο άντρας μου δεν τα συμπαθεί πολύ επειδή δεν είναι παιδιά μας, το ξέρω αλλά τα αγαπάω εγώ... [γέλια] [...] Έχω δύο σκύλους, μια γάτα κι ένα ινδικό χοιρίδιο. [...] τα αγαπάει κι αυτός τα ζώα αλλά κάπου-κάπου το βλέπει σαν μάλλον εγώ δεν θέλω τώρα παιδιά, έχω τα ζωάκια μου και είμαι μια χαρά. Αλλά δεν είναι έτσι βέβαια. Απλά, εμένα βοηθάει πάρα πολύ πρέπει να πω επειδή είναι κάποια αγάπη που μπορείς να δίνεις που επιστρέφει, που πιστεύω θα σου... μου έδωσε πάρα πολύ... πιστεύω θα ήτανε πολύ- πολύ περισσότερο δύσκολο να περνάω αυτά, να θέλεις παιδί και δεν το έχεις.»

## 8. Τρόποι αντίστασης

Σημαντικό κομμάτι του προβληματισμού αυτής της έρευνας είναι το αν υπάρχουν τρόποι αντίστασης των γυναικών με προβλήματα αναπαραγωγής, προς τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις πιέσεις που δέχονται πολλές φορές από τον κοινωνικό περίγυρο. Σύμφωνα με τα όσα διατυπώνονται στις συνεντεύξεις, οι

γυναίκες που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα, είναι σε σημαντικό βαθμό και οι ίδιες φορείς της λογικής της ευρύτερης κοινωνίας και συνήθως επιδιώκουν τους ίδιους στόχους και ασπάζονται τις ίδιες αρχές με τα υπόλοιπα μέλη της.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις όμως δεν αναιρούν και την πραγματικότητα ότι και σαν άτομα και σαν μέλη κάποιων κοινωνικών ομάδων που ως κοινό χαρακτηριστικό έχουν το ότι αντιμετωπίζουν κάποιο κοινό πρόβλημα (ότι για κάποιους λόγους δεν μπορούν να αποκτήσουν εύκολα παιδιά) και στόχο (να αποκτήσουν παιδιά), οι υπογόνιμες γυναίκες υπάρχουν ενεργητικά μέσα στην εμπειρία αυτή και στην κοινωνία γενικότερα. Επομένως σε κάποια πράγματα συμβιβάζονται και σε άλλα αντιστέκονται είτε ατομικά είτε συλλογικά. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως οι τρόποι αντίστασης δεν είναι τόσο εμφανείς με μια πρώτη ματιά. Εν προκειμένω η τάση προς αντίσταση ξεκινάει ευθύς εξ' αρχής από τον διαχωρισμό που επιβάλλει η ευρύτερη κοινωνία σε ομάδες γονιών και υπογόνιμων και στο υποδεέστερο status που καλλιεργεί για τους υπογόνιμους. Έτσι έχουμε:

**Πίνακας 11. Συγκρότηση συμβολικών ομάδων**

<b>Έξω ομάδα</b>	<b>Αλληλοπροστασία</b>
Αυτές που δεν έχουν πρόβλημα	Ανταλλαγή πληροφοριών και συστάσεων
Αυτές που ενώ αντιμετώπισαν πρόβλημα, συνέλαβαν σχετικά εύκολα	Οργάνωση και αλληλοϋποστήριξη μέσω Σωματείων
Αυτές που προσπαθούν για πολλά χρόνια	Αλληλοϋποστήριξη μεταξύ συντρόφων
	Χιούμορ και υποβάθμιση του προβλήματος
<b>Αντίστροφη ιεραρχία στην έσω-ομάδα</b>	Απομάκρυνση από ένα εχθρικό κοινωνικό περίγυρο

Ένα πολύ ενδιαφέρον σημείο σ' αυτό το θέμα, είναι ο καθορισμός του «Εμείς» και οι «Άλλοι», η συγκρότηση μιας έσω και μιας έξω ομάδας και η απόδοση χαρακτηριστικών. Οι «Άλλοι» ορίζονται σε σχέση με τον Εαυτό και την πραγματικότητα που αντιμετωπίζει η κάθε γυναίκα. Έτσι δεν είναι για όλες οι ίδιοι. Για κείνες που βρίσκονται στις πρώτες προσπάθειες, Άλλες είναι οι γυναίκες που δεν

έχουν πρόβλημα και οι γυναίκες που έχουν κάνει πάρα πολλές προσπάθειες αλλά δεν παραιτούνται.

**Νίκη:** «Είχα ακούσει σ' αυτή την εκπομπή ότι υπήρχε μια κοπέλα η οποία, δεν ξέρω αν πρέπει να πω μπράβο της, είχε κάνει 36 εξωσωματικές για να το πετύχει. Εγώ δεν νομίζω ότι θα κατάφερα να φτάσω εκεί. Δηλαδή... [...] 36 εξωσωματικές; Δηλαδή εμένα θα μου φαίνονταν ότι... προσπαθεί ο Θεός να σου στείλει ένα μήνυμα και δεν το πιάνεις! Και στο κάτω-κατω θέλεις ένα παιδί, δεν έρχεται... 'ντάξει, απ' τη μια το πέτυχε αλλά σε ποια ηλικία το πέτυχε; Δηλαδή κάθε πράγμα στον καιρό του που λένε. Και στο κάτω-κάτω αν το θες τόσο πολύ και δεν έρχεται από μόνο του ή από τις προσπάθειες που έχεις κάνει, 'ντάξει! υιοθέτησε ένα! Υπάρχει κι αυτή η λύση.»

Οι τελευταίες παρουσιάζονται περισσότερο ως αρνητικό πρότυπο σε μια προσπάθεια να διαχωριστεί ο Εαυτός από την πιθανότητα μιας αρνητικής έκβασης της προσπάθειας. Το Εμείς, εξακολουθεί να είναι το Εμείς που δεν θα έχουμε και πολύ σοβαρό πρόβλημα να συλλάβουμε και δεν θα χρειαστεί να κοπιάσουμε πολύ. Στα πλαίσια αυτά, οι γυναίκες αναπαράγουν πεποιθήσεις και προκαταλήψεις του ευρέως κοινού που αφορούν την υπογονιμότητα και χρεώνουν αυτές που προσπαθούν για πολύ καιρό με την κατηγορία ότι η προσπάθεια τους αποτελεί εμμονή στο παιδί και παθολογία.

Για κείνες που έχουν περάσει περισσότερο καιρό στην προσπάθεια, Άλλες είναι εκείνες που δεν έχουν πρόβλημα γιατί νιώθουν ότι δεν μπορούν αλλά και δεν επιθυμούν να τις καταλάβουν, αλλά κι εκείνες που ενώ αντιμετώπισαν πρόβλημα, συνέλαβαν σχετικά εύκολα με την πρώτη ή τη δεύτερη προσπάθεια.

**Κλαίρη:** «Δηλαδή, βλέπεις άλλους ας πούμε που σ' ένα μήνα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα με δυο-τρεις προσπάθειες λες ας πούμε τώρα να βάλω μπρος για παιδί και τον επόμενο ένα μήνα είναι έγκυος ας πούμε.

**Ή ακόμα και χωρίς προσπάθεια, εντελώς τυχαία.**

Μπράβο, και μετά πάνε και κάνουνε και τις εκτρώσεις. Εσύ είσαι στην άλλη πλευρά, δηλαδή εσύ είσαι..., αγωνιείς για να το κάνεις αυτό το πράγμα<sup>10</sup>.»

---

<sup>10</sup> Ενιαίο απόσπασμα



Η απόσταση και από τις δύο προαναφερθείσες ομάδες, μεγαλώνει όσο η προσπάθεια χρονίζει. Εκτός όμως από το παράπονο που είναι λογικό να υποδαυλίζει αυτή την απόσταση και την αποξένωση, ενδεχομένως τα συναισθήματα ζήλιας και θυμού που συχνά αποτελούν μια συναισθηματική απάντηση απέναντι στην αδικία που παρουσιάζει η κατάσταση, εγείρονται όχι τόσο από το γεγονός ότι οι άλλες γυναίκες στο περιβάλλον τους μπορεί να έχουν παιδιά, αλλά από την υποτίμηση που πολλές φορές εισπράττουν οι υπογόνιμες γυναίκες από τις υπόλοιπες. Όπως είναι αναμενόμενο, συναισθηματικά απαντούν και πολλές φορές και πρακτικά με την απομάκρυνση από τις γυναίκες αυτές, αλλά και με το να τονίζουν τις αδυναμίες τους όπως είναι ότι πολλές φορές συμπεριφέρονται στενόμυαλα και με μικροπρέπεια κι ότι δεν τις σέβονται αυτές, τον αγώνα τους και τον πόνο που νιώθουν.

***Μαργαρίτα:** «Έχω απομακρυνθεί πολύ απ' τους... όχι από τους δικούς μου, εννοώ την οικογένειά μου που περιλαμβάνει γονείς και αδέρφια, εννοώ απ' τον περίγυρο μου. Τους υπόλοιπους συγγενείς. Έχω αρχίσει και αρνούμαι προτάσεις, που εγώ ποτέ δεν αρνούμουν. [...] Κατά καιρούς περνάω φάσεις αρνητικές απέναντι στα παιδιά και στα μωρά. Δεν θέλω να τα βλέπω. Μου περνάει όμως πολύ γρήγορα. [...] Αλλά... έχει τύχει. [...] Όταν όμως αποφασίσεις να συμμετέχεις [στις οικογενειακές συγκεντρώσεις], εννοείται ότι αυτό θα το υποστείς. Ναι. Είναι λογικό ότι αυτοί θα μιλήσουν γι' αυτό που έχουνε. Το πρωτόγνωρο στη ζωή τους. Κι εσύ θα τ' ακούσεις. [...] Εάν αποφασίσεις να πας, εκ των πραγμάτων είσαι έτοιμη ν' ακούσεις.»*

Σε προηγούμενο σημείο, όταν εξετάσαμε τις στρατηγικές άμυνας, είδαμε ότι συχνά οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας παρουσιάζουν την τάση να αρνούνται ή να υποβαθμίζουν το πρόβλημα. Εκτός όμως από την οπτική ότι η υποτίμηση της δυσκολίας μιας κατάστασης αποτελεί συναισθηματική άμυνα των γυναικών ενάντια σε μια πραγματικότητα που λέει ότι υπάρχουν απτοί λόγοι υγείας για τους οποίους σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορούν ν' αποκτήσουν παιδί, η «αμυντική» κατά τα φαινόμενα αυτή στάση θα μπορούσε να είναι και μια μορφή αντίστασης απέναντι σε ένα ιατρικό σύστημα που σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζει τις καταστάσεις αυτές ως «βλάβες» και απέναντι σ' ένα κοινωνικό περίγυρο στον οποίο ακόμη επιβιώνουν αντιλήψεις που συνδέουν την υπογονιμότητα

με ανικανότητα, αναπηρία και ελλειμματικότητα. Από τη στιγμή που σε πολλές περιπτώσεις η δυσχέρεια ή ακόμη και η διάγνωση που σχετίζεται με αυτήν ακούγονται ως κατηγορίες απέναντι στο σώμα, η αποσύνδεση των δύο ή και η άρνηση της διάγνωσης ισοδυναμεί με απόρριψη της «κατηγορίας» και με δήλωση αθωότητας.

Εκτός από τις ατομικές αντιδράσεις και λύσεις, οι γυναίκες μίλησαν και για τους τρόπους σύμπραξης με άλλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν αντίστοιχα προβλήματα αλλά και για την αλληλοπροστασία που ανταλλάσσουν με τους συντρόφους τους.

Ένας τρόπος αλληλοϋποστήριξης έχει να κάνει με τον συνασπισμό σε σωματεία. Πρόκειται για πολύ σημαντικό τρόπο άμυνας απέναντι σε πρακτικές δυσκολίες που αφορούν την έλλειψη ενημέρωσης ή την πλημμελή παροχή υπηρεσιών από τις Μονάδες Εξωσωματικής. Επίσης πρόκειται για σημαντικό μοχλό πίεσης και διεκδίκησης πάνω σε ζητήματα πρώτης γραμμής και ανάγκης όπως οικονομικά και νομικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν όσοι δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδί. Επίσης οι χώροι αυτοί λειτουργούν και ως χώροι συναισθηματικής στήριξης και ανακούφισης.

**Ειρήνη:** «... το σωματείο με βοήθησε πάρα πολύ να ξεπεράσω όλες αυτές τις φοβίες και την κατάθλιψη συν βέβαια το δικό μου... τη δική μου προσπάθεια, έτσι; Κι άμα δεν το θέλεις ο άλλος δεν μπορεί να σου δώσει τίποτα. Ε... κι εκεί μέσα έχουν δημιουργηθεί και πολύ καλές φιλίες. Γιατί πράγματα που σε 'σενα ή σε οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο που δεν περνάει απ' αυτά τα στάδια πρέπει να εξηγώ με τις ώρες, εκεί τα καταλαβαίνουν με μια ματιά.»

Εκτός από το συλλογικό επίπεδο, σε ότι αφορά την αντιμετώπιση των τρίτων, και σ' αυτή την έρευνα όπως και σε άλλες, αναφέρθηκαν περιστατικά όπου σε επίπεδο ζεύγους πλέον οι σύντροφοι προσπαθούν να προστατέψουν ο ένας τον άλλο απέναντι στον περίγυρο, με διάφορους τρόπους. Ένας τέτοιος τρόπος αντιμετώπισης τρίτων είναι το χιούμορ το οποίο αποτελεί έναν καλό τρόπο μια δύσκολη κατάσταση να πάρει πιο αντιμετωπίσιμες διαστάσεις.

**Κατερίνα:** «... υπήρξε μετά ένα κλίμα χιούμορ πάνω σ' αυτό. Είναι κι ο άντρας μου φοβερός χιουμορίστας, έχει καταπληκτικό χιούμορ! –όχι πλάκα, χιούμορ. Ε,

*και έτσι ξεπερνιούνται και πολλά προβλήματα ξέρεις. Δηλαδή κάτι δραματικό, μπορεί να σε κάνει σ' ένα λεπτό να το...»*

Από την άλλη όμως το χιούμορ, όταν στρέφεται προς τον εαυτό, συχνά χρησιμοποιείται από ανθρώπους ή ομάδες που για διάφορους λόγους αισθάνονται υποδεέστεροι σε σχέση με τους άλλους ως άμυνα: προλαβαίνει επικείμενη επίθεση εκ μέρους των Άλλων. Επομένως είναι πολύ πιθανό ότι και σ' αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται κατά παρόμοιο τρόπο: ο ένας από τους συντρόφους το χρησιμοποιεί για να προστατέψει τον εαυτό του και τον/ την σύντροφό του από τα αρνητικά ή και επιθετικά σχόλια τρίτων.

Τέλος, το πιο ενδιαφέρον φαινόμενο που αναδείχθηκε ως μορφή αντίστασης από τις συνεντεύξεις, είναι μια αντιστροφή των ιεραρχιών. Όπως φαίνεται και από την θεωρία αλλά και από τις συνεντεύξεις και τις προηγούμενες αναλύσεις, ουσιαστικά δημιουργούνται δύο συμβολικοί χώροι: ο χώρος των γονιών και ο χώρος αυτών που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδί. Στο ευρύ κοινωνικό πλαίσιο, πιο καταξιωμένος και αποδεκτός είναι ο χώρος των γονιών. Έτσι υπάρχει μια νοητή ιεραρχία που θεωρεί τους γονείς και ιδίως τις μητέρες πιο ισχυρές κοινωνικά (και αντίστροφα το ότι είναι πιο ισχυρές κοινωνικά μέσα από το ρόλο της μητέρας, τους εξασφαλίζει μεγαλύτερη καταξίωση στην κοινωνία).

Στον συμβολικό χώρο της υπογονιμότητας η ιεραρχία αυτή αντιστρέφεται: μεγαλύτερο κύρος έχει εκείνη που έχει προσπαθήσει πιο πολύ. Αυτό φαίνεται από το ότι μεγαλύτερο βάρος έχει η άποψη των πιο «παλιών». Όσες έχουν ταλαιπωρηθεί περισσότερο έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τον πόνο και την κούραση που νιώθουν. Εκείνες που πρώτο-μπαίνουν στις διαδικασίες ή έχουν κάνει λίγες προσπάθειες όχι. Κι αυτό το αποδέχονται ως απολύτως λογική πραγματικότητα και το δηλώνουν οι ίδιες οι γυναίκες που βρίσκονται στην αρχή των προσπαθειών, στις συνεντεύξεις τους. Κάτι παρόμοιο αναμένεται και από κείνες που έμειναν έγκυες στην πρώτη ή τη δεύτερη προσπάθεια.

**Ειρήνη:** *«Ντάξει, μια που μπαίνει, κάνει μια εξωσωματική ή μία σπερματέγχυση και πετυχαίνει κατευθείαν ένα παιδί, εγώ θεωρώ ότι ουσιαστικά δεν έχει περάσει το Γολγοθά της εξωσωματικής. [...] Έχει περάσει απλά ένα... τί να πω! ότι είναι ένας περίπατος αυτό το πράγμα. Ντάξει, ψιλό αγχώθηκα, έκανα κάτι, σε δεκαπέντε μέρες είδα το αποτέλεσμα [χαμηλώνει τον τόνο της φωνής της]. Όλα τα*

*αρνητικά συναισθήματα που βιώνεις μετά, αν δεν τα βιώσεις δεν μπορείς να καταλάβεις τι είναι αυτό.»*

Η προσπάθεια αξιολογείται πάνω απ' το αποτέλεσμα και ένα αποτέλεσμα χωρίς προσπάθεια, δεν αποτελεί αντικείμενο αξιολόγησης γιατί είναι κάτι που βρίσκεται πολύ μακριά από την εμπειρία των γυναικών αυτών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:**

### **ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ**

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται μια προσπάθεια να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της εργασίας, μέσα από τις πληροφορίες που μας έδωσαν οι γυναίκες για την εμπειρία, τα συναισθήματα και τις απόψεις τους γύρω από το ζήτημα της υπογονιμότητας και για το πώς αισθάνονται οι ίδιες γι' αυτό. Η βίωση της εμπειρίας και τα κίνητρα που οδηγούν τις γυναίκες στο να προκρίνουν τη λύση της εξωσωματικής ως την καλύτερη για 'κείνες επιλογή, έχουν λεπτομερώς καλυφθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ αναπτύσσεται η λογική που διέπει την χρήση της εξωσωματικής και το πώς είναι δυνατόν η λογική αυτή αντί να διευρύνει τις επιλογές των γυναικών να τις περιορίσει.

### **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ**

#### **1. Η ιδεολογία που προάγει τη χρήση της εξωσωματικής**

Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, αφορούσε το γιατί να θεωρείται λογικό το γυναικείο σώμα περισσότερο από το ανδρικό να γίνεται αντικείμενο ιατρικών παρεμβάσεων με στόχο την αναπαραγωγή.

Το ότι θεωρείται αναμενόμενο, οι γυναίκες να διέρχονται παρεμβατικές διαδικασίες για να αποκτήσουν παιδί, έχει να κάνει με την κοινωνική θέση της γυναίκας και τις κοινωνικές προσδοκίες για τους ρόλους της. Επιπλέον σχετίζεται και με μια συγκεκριμένη κουλτούρα που διέπει την εποχή μας. Σήμερα λοιπόν, το ότι έχει υπάρξει μια ραγδαία τεχνολογική και επιστημονική πρόοδος, έχει ενισχύσει την εμπιστοσύνη των ανθρώπων στην ιατρική. Επίσης, ένα ευρύτερο φαινόμενο είναι ότι δίνεται έμφαση στην ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα. Η εξωσωματική από πολλούς γίνεται αντιληπτή ως μια διαδικασία σύντομη, αποτελεσματική και σχετικά ανώδυνη. Μάλιστα την ίδια άποψη είπαν ότι είχαν και πολλές απ' τις ίδιες τις γυναίκες όταν ξεκινούσαν για πρώτη φορά διαδικασία. Η ίδια πεποίθηση αποτυπώνεται και στις συνεντεύξεις των γυναικών που ξεκινούν την πρώτη προσπάθεια.

***Νίκη:** «Δηλαδή είναι στο πίσω μέρος του μυαλού μου, ακριβώς, δηλαδή φαντάζομαι άμα δοκιμάσω και την εξωσωματική<sup>11</sup> και κάνω μια- δύο μετά τη δεύτερη πιστεύω θα εγκατασταθεί στο μυαλό μου ότι υπάρχει μια περίπτωση να μην κάνω παιδί. Ναι, γιατί εκεί έχεις πάει στο τελευταίο βήμα που μπορείς να κάνεις εσύ κι εκεί κάπου το παίρνεις απόφαση ... όχι το παίρνεις απόφαση... εε... καλώς κακώς μπαίνει η ιδέα φαντάζομαι ότι ναι, υπάρχει περίπτωση και να μην κάνουμε παιδί. Κι εγώ δεν ξέρω κατά πόσο θα έχω το κουράγιο να κάνω τόσες εξωσωματικές.»*

Αν και οι γιατροί τις προετοιμάζουν για το ενδεχόμενο να μην πετύχει με την πρώτη η προσπάθεια τους, εκείνες κατά βάθος δεν μπορούν να πιστέψουν ότι υπάρχει κι αυτή η πιθανότητα.

***Δάφνη:** «Ίσως είναι λίγο πιο φοβισμένος ο Νίκος αλλά δεν θέλει να μου το δείξει. Βλέπει ότι είμαι πολύ αισιόδοξη, βλέπει ότι... και δεν θέλει να με... Απλά μου λέει ότι κοίταξε... μου είπε τώρα δηλαδή πριν έρθουμε πάνω στην Αθήνα, επειδή ήρθαμε τρεις μέρες πριν, κοίταξε, μπορεί να το κάνουμε και να μην πετύχει. Δε σημαίνει ότι θα το βάλουμε κάτω, μην είσαι και τόσο... γιατί είμαι... και λέω θέλω δύο, θέλω τρία, θα κάνουμε... και μου λέει κοίταξε, μπορεί να μην πετύχει, δεν σημαίνει ότι θα το βάλουμε και κάτω ούτε θα στενοχωρηθούμε. Θα ξαναπροσπαθήσουμε όσο χρειάζεται.»*

Στην υπέρ-επένδυση αυτή πάνω στη διαδικασία, σημαντικό ρόλο παίζει το ότι ακριβώς θεωρείται πολύ αποτελεσματική. Έτσι, όπως είναι αναμενόμενο, οι γυναίκες περιμένουν ότι αφού καταφεύγουν σε αυτήν, θα δουν σύντομα αποτέλεσμα. Κάποιες από εκείνες που έχουν ήδη κάνει κάποιο αριθμό προσπαθειών, μίλησαν γι' αυτές τις πεποιθήσεις που είχαν στην αρχή και για το πώς στην πορεία διαψεύστηκαν.

***Ειρήνη:** «Θεωρούσα ότι τον πρώτο μήνα που θα ξεκινούσα μια προσπάθεια, θα είμαι και έγκυος.»*

---

<sup>11</sup> Βρίσκεται στην πρώτη προσπάθεια IVF.

Απ' ότι φαίνεται στις συνεντεύξεις, άλλο ένα κομμάτι της λογικής αυτής είναι ότι κι όταν οι γυναίκες αρχίζουν να κουράζονται από την αυστηρή πειθαρχία και από τις διαδικασίες, πολλές απ' αυτές θεωρούν ότι ο στόχος της απόκτησης ενός παιδιού είναι τόσο πολύ σημαντικός και η απόκτηση του τόσο μεγάλη ανταμοιβή των κόπων τους, ώστε όσο ενοχλητικές κι αν νιώθουν τις διαδικασίες, θεωρούν ότι αξίζουν τον κόπο. Κάποιες μάλιστα δεν δίστασαν να υπονοήσουν ότι αν κάποια γυναίκα δεν σκέφτεται κατά παρόμοιο τρόπο, στην ουσία δεν θέλει το παιδί, γιατί θα πρέπει κανείς να κοπιήσει για ν' ανταμειφθεί και ιδίως όταν υπάρχει και κάποια δυσκολία.

**Κλαίρη:** *«Πρέπει να το φιλοσοφείς, να πεις είσαι αρκετά διαθέσιμη στο να κάνεις αυτή την προσπάθεια και να κάνεις και ταυτόχρονα κάποιες θυσίες; [...] Εγώ έχω πει ό,τι είναι, θα γίνει, είμαι αρκετά διαθέσιμη να κάνω κάποιες θυσίες, όχι μόνο σε θέματα υγείας αλλά και για άλλα θέματα που είπαμε μέχρι τώρα για να αποκτήσω αυτό το παιδί. Τώρα, είναι πως το βλέπει η καθεμία, είναι τελείως υποκειμενικό. Εγώ τουλάχιστον 'ντάξει δεν έχω πρόβλημα μέχρι στιγμής, είναι... είμαι διατεθειμένη, δηλαδή το θέλω. Οπότε το θέλω μου είναι πολύ ανώτερο από το ό,τι άλλο προκύψει.*

*[...]*

*Να μη σταματάνε την προσπάθεια. Άμα θέλουνε το στόχο τους να τον πετύχουν, να αποκτήσουν το πολυπόθητο παιδί, πρέπει να αγωνιστείς».*

Επίσης, όπως φάνηκε απ' τις συνεντεύξεις, οι περισσότερες γυναίκες μπαίνοντας στην διαδικασία δεν περιμένουν να ταλαιπωρηθούν και πολύ. Αλλά και στην περίπτωση αποτυχίας της προσπάθειας, ένα κίνητρο που πολλές φορές τις κρατάει στην διαδικασία, είναι η ελπίδα ότι ίσως την επόμενη φορά να πετύχει.

**Ινώ:** *«... δεν υπήρχε στη σφαίρα του μυαλού μου ότι θα αποτύχω. Κι αυτό συμβαίνει κάθε φορά. Ίσως αυτό μου δίνει και δύναμη, γιατί δεν λέω πάω τώρα... ντάξει έχω ακούσει 5, 6, 7, 10... σιγά τώρα τι πάω να κάνω με την πρώτη και την δεύτερη! Κι αυτό μου δίνει δύναμη ότι και η πρώτη μπορεί να πετύχει και η δεύτερη είναι δυνατόν να πετύχει και η τρίτη, δηλ. κάθε φορά που κάνω την προσπάθεια έχω στο μυαλό μου... λειτουργώ σαν... σαν να τα 'χω καταφέρει.»*

Γι' αυτό το λόγο και από την βιβλιογραφία έχει επισημανθεί ο εγκλωβιστικός χαρακτήρας που μπορεί να πάρει η εξωσωματική για κάποια ζευγάρια (Sewall 2004, p.182, 183).

Ακόμα ένα ζήτημα που αναδεικνύεται, είναι ότι το γεγονός πως υπάρχουν σήμερα όλα αυτά τα μέσα που υπάρχουν, δίνει την εντύπωση μιας πληθώρας επιλογών. Έτσι και η χρήση των μεθόδων της εξωσωματικής εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι αποτελεί μέρος μιας *προσωπικής επιλογής*, αφού προφανώς δεν είναι κάτι υποχρεωτικό και ενός *δικαιώματος*. Το προβληματικό σημείο στην πεποιθήση αυτή είναι ότι όπως έχει ήδη επισημανθεί και από άλλους ερευνητές στο παρελθόν, μια γυναίκα που αντιμετωπίζει προβλήματα αναπαραγωγής είναι δυνατόν να νιώσει *πίεση* για να χρησιμοποιήσει τις ιατρικές τεχνολογίες που διατίθενται σήμερα (Rosenthal, Kingsberg, 2002 p.512) ακόμα και μόνο απ' το γεγονός ότι υπάρχουν. Το ότι υπάρχουν τα μέσα που υπάρχουν και η προβολή τους ως ακίνδυνων και αποτελεσματικών στις περισσότερες περιπτώσεις, εκτός από τις ευκαιρίες που δίνουν είναι δυνατόν να αφαιρέσουν δικαιολογίες από τα άτομα και τα ζευγάρια εκείνα που είτε δεν επιθυμούν, είτε δεν μπορούν για διάφορους λόγους να μουν στην διαδικασία να τα χρησιμοποιήσουν.

*Νίκη: «...όπως το βλέπω τώρα άμα δουν [οι δικοί της] ότι έχω κάνει ό,τι μπορώ να κάνω και το 'χει ανάγκη κι ο οργανισμός μου να σταματήσω οπότε είναι δικαιολογημένο δεν νομίζω να υπάρξει αντίδραση. Τώρα άμα έβλεπαν ότι δεν μπορώ να κάνω παιδί, αλλά δεν πήγαινα στο γιατρό ή δεν έκανα κάτι για να δω έχω τίποτα, δεν έχω, εκεί φαντάζομαι θα υπήρχαν αντιδράσεις.»*

Στην πράξη όμως φαίνεται ότι εφ' όσον κάποια γυναίκα κάνει χρήση του δικαιώματος της επιλογής και δεν μπει σε διαδικασία, το κίνητρο και η επιθυμία της για παιδί αμφισβητούνται. Η αμφισβήτηση αυτή μπορεί όπως είδαμε να γίνεται από τις ίδιες τις γυναίκες που συμμετέχουν στα προγράμματα εξωσωματικής, αλλά και από τον κοινωνικό περίγυρο. Τουλάχιστον αυτό υποδεικνύει η σαφώς θετικότερη αντιμετώπιση που περιγράφουν αρκετές γυναίκες, όταν εμπιστεύθηκαν στον περίγυρό τους ότι υπάρχει πρόβλημα και ότι προσπαθούν με ιατρική βοήθεια. Αυτό το εύρημα ισχύει κυρίως για τις νεότερες.



**Ινώ:** «Ακριβώς! Δεν θεωρούν ότι έτσι καθόμαστε και το... και αφήνουμε τα χρόνια να περνάνε. Δηλ. για κάποιους ανθρώπους μπορεί να θεωρηθεί κι αυτό: ότι τι κάνουν τόσα χρόνια και δεν... δεν σκέφτονται το χρόνο που περνάει. Όταν όμως τους έχω πει δηλ. ότι, όταν μάθουν ότι υπάρχει ένα πρόβλημα κι ότι εμείς κάνουμε όλες τις προσπάθειες που είναι διαθέσιμες, ε.. το 'χουνε δει διαφορετικά. Μας αντιμετωπίζουν διαφορετικά.»

## 2. Ο περιορισμός των επιλογών των γυναικών

Μια ακόμα ερώτηση στην οποία καλείται να απαντήσει αυτή η έρευνα είναι το κατά πόσο η επιλογή των διαδικασιών που ακολουθούν οι γυναίκες σχετίζεται με την κοινωνική τους θέση ως γυναικών και αν το ότι είναι γυναίκες καθορίζει το αν θα πρέπει να μπουν σε μια τέτοια διαδικασία.

Παρ' ότι σήμερα προβάλλεται περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν η ύπαρξη των τεχνολογιών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως επιπλέον επιλογών και συμμάχων της γυναίκας στις κοινωνικές της επιδιώξεις, οι αναπαραγωγικές επιλογές γενικά των ζευγαριών και κυρίως των γυναικών που απασχολούν αυτή την έρευνα φαίνεται ότι εξακολουθούν να περιορίζονται με διάφορους τρόπους. Από τις εσωτερικευμένες φωνές και όχι μόνο φαίνεται ότι στην Ελληνική κοινωνία εξακολουθεί να είναι βαρύνουσα σημασίας η απόκτηση παιδιών γενικά αλλά και ο μητρικός ρόλος ως κυρίαρχος ρόλος για την ζωή μιας γυναίκας. Έτσι στα πλαίσια μιας αναμενόμενης και «φυσιολογικής» θα λέγαμε πορείας ζωής, η απόκτηση παιδιών εξακολουθεί να θεωρείται κορυφαίο επίτευγμα που επισκιάζει όλα τα άλλα:

**Γιάννα:** «... οι άνθρωποι που θα γνωρίσω εγώ τώρα στη δουλειά μου για πρώτη φορά, θα 'ρθουν να μου πουν πως σε λένε, πόσων χρονών είσαι, πόσο... είναι στάνταρ οι ερωτήσεις [γελάει], πόσα χρόνια είσαι παντρεμένη, πόσα παιδιά έχεις, δεν έχεις παιδιά... εντάξει δεν πειράζει κι αρχίζουν μετά: και ένας γνωστός μου... [...] Δηλαδή ξέρω τώρα κάποιος που θα 'ρθει, τι θα με ρωτήσει με σειρά! Αυτό εντάξει, μ' έχει κουράσει.»

Για τον λόγο αυτό και με διάφορους τρόπους σε αρκετές συνεντεύξεις έχει λεχθεί ότι εφ' όσον υπάρξει πρόβλημα γονιμότητας η εξωσωματική βιώνεται ως

μονόδρομος. Επιπλέον η ιατρική αντιμετώπιση είναι ίσως η μόνη λογική πορεία στην συνείδηση της ελληνικής κοινωνίας ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες που μπορεί να μην επιλεγεί να εξαντληθούν όλα τα διαθέσιμα μέσα. Σε αντίθετη περίπτωση οι γυναίκες φοβούνται ότι θα μετανιώσουν για την επιλογή τους όταν πια θα είναι αργά:

**Ειρήνη:** «Αν φας τη μία αποτυχία μετά την άλλη μετά λες... το δεδομένο σου αλλάζει και γίνεται ότι δεν θα γίνει αλλά εγώ πρέπει να το προσπαθήσω, γιατί όταν αύριο το πρωί θα 'χω περάσει στην εμμηνόπαυση, θα πω στον εαυτό μου ότι αυτό που είχα να κάνω- τουλάχιστον αυτός είναι ο γνώμονας ο δικός μου- το έπραξα. Δεν είχα να κάνω κάτι παραπάνω και δεν είχα εγώ να κατηγορήσω τον εαυτό μου, όχι οι άλλοι, εγώ να κατηγορήσω τον εαυτό μου γιατί δεν... δεν προσπάθησες όσο έπρεπε. Ίσως αν έκανες και το άλλο...»

Η απόλυτη εμπιστοσύνη στα επιτεύγματα της ιατρικής και της τεχνολογίας έχουν καλλιεργήσει ακόμη και για τις γυναίκες που επανειλημμένα δεν έχουν επιτύχει να αποκτήσουν παιδί με εξωσωματική την πεποίθηση ότι αν το θέλουν, οπωσδήποτε κάποια στιγμή θα τα καταφέρουν. Η άποψη αυτή εντάσσεται στην γενικότερη πεποίθηση που επικρατεί τις τελευταίες δεκαετίες και στην χώρα μας ότι όταν θέλει κανείς κάτι πολύ, θα το καταφέρει και ότι η επίμονη προσπάθεια αργά ή γρήγορα ανταμείβεται.

Αυτού του είδους οι λογικές κρύβουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των γυναικών, καθώς σε πολλές περιπτώσεις συνοδεύονται από την πεποίθηση ότι η μόνη αποδεκτή δικαιολογία που έχουν για να σταματήσουν τις προσπάθειες είναι οι λόγοι υγείας κι όχι τα θέλω και οι αντοχές τους.

**Νίκη:** «...όπως το βλέπω τώρα άμα δουν [οι δικό της] ότι έχω κάνει ό,τι μπορώ να κάνω και το 'χει ανάγκη κι ο οργανισμός μου να σταματήσω οπότε είναι δικαιολογημένο δεν νομίζω να υπάρξει αντίδραση...»

**Λίνα:**

**«Αν αποφασίζατε ας πούμε να σταματήσετε, υπάρχει κανείς που θα αντιδρούσε;**

Δε νομίζω να... και δε θα το δείχνανε. Δε νομίζω γιατί βλέπανε την ταλαιπωρία από κοντά. Βλέπανε την ταλαιπωρία. Και ήτανε πολλές, δεν ήτανε μια. Και δεν το

*έβαλα κι εγώ κάτω. Αλλά ούτως ή άλλως κάποια στιγμή κι εγώ θα σταμάταγα άμα έβλεπα ότι δεν πάει άλλο. Ή για την υγεία μου. Νταξει!»*

Επίσης διαιωνίζουν στερεότυπα που αφορούν την θηλυκότητα και την μητρότητα και ουσιαστικά εξοστρακίζουν από τον κόσμο της «φυσιολογικότητας» τις γυναίκες και τα ζευγάρια που τελικά δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν παιδί.

Συχνά η υπογονιμότητα γίνεται αντιληπτή και από το άτομο και από τους γύρω ως αποτυχία και οι υπογόνιμες γυναίκες άμεσα ή έμμεσα κατηγορούνται ότι δεν προσπαθούν αρκετά. Κι εδώ όπως και σε άλλα σημεία μεταδίδονται ταυτόχρονα διπλά μηνύματα: απ' τη μια κατηγορούνται ότι δεν κάνουν ότι μπορούν και ότι δεν συμμορφώνονται με αυτά που θεωρούνται αποδεκτά κι απ' την άλλη, την ίδια στιγμή θα πρέπει να αισθάνονται ενοχές που θέλουν τόσο πολύ ένα παιδί κι ακόμη πιο ένοχες αν κάποιες στιγμές προσπαθούν να συμβιβαστούν με την προοπτική μιας ζωής χωρίς παιδιά (Ulrich & Weatherall 2000, p.332).

***Ράνια:*** «... έχω πιάσει τον εαυτό μου, που έχω πει: καλά δεν είσαι έτσι; τι θέλεις τώρα δηλαδή; να βάλεις ένα μπελά στο κεφάλι σου; [...] βέβαια αναιρώ και λέω τι σκέφτεσαι τώρα!»

Άλλα διπλά μηνύματα φαίνεται ότι αφορούν τα ζητήματα υγείας. Αυτό αποτυπώνεται στην συνύπαρξη στις συνεντεύξεις της ανησυχίας του περιγύρου για την υγεία και την ευημερία της γυναίκας και τις δηλώσεις για τη μεγαλύτερη σημασία που έχει γι' αυτούς να είναι η ίδια καλά, με τον οίκτο και τις εσωτερικευμένες φωνές που προσδιορίζουν ως αξιολύπητη την κατάσταση της ατεκνίας και ως επιλήψιμη και αξιοκατάκριτη στάση το να αποφασίσει μια γυναίκα και ένα ζευγάρι να μην ξεκινήσει ή να διακόψει τις προσπάθειες, εκτός κι αν υπάρξει πρόβλημα υγείας.

Η ύπαρξη διπλών μηνυμάτων αποτελεί σαφή ένδειξη κατώτερου κοινωνικού status και σχετικής αδυναμίας της κοινωνικής αυτής ομάδας. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την φεμινιστική έρευνα, τα διπλά μηνύματα συχνά απευθύνονται στις γυναίκες ως κοινωνική ομάδα και συνήθως σε περιβάλλοντα όπου φαίνεται να υπάρχουν πολλές επιλογές για τις γυναίκες (Unger 1998, p.77, 78).

Ενδεικτικό ενός κατώτερου κοινωνικού status αποτελεί και η απόδοση της όποιας ευθύνης αποκλειστικά στο άτομο (Unger 1998, p.77). Μια τέτοια εικόνα καταγράφεται σ' αυτήν τη έρευνα με τον χαρακτηρισμό των γυναικών που κάνουν

πάρα πολλές προσπάθειες ως παθολογικών και υπερβολικών από τις γυναίκες που βρίσκονται στις πρώτες προσπάθειες:

***Νίκη:** «...πλέον ακούγεται όντως σαν πάθηση η εμμονή στο παιδί, δηλαδή όλοι θέλουν να κάνουνε παιδί, μερικοί όμως όταν περνάνε τέτοια διαδικασία κάπου απορροφώνται τόσο πολύ που έχουνε βάλει παρωπίδες και το αποτέλεσμα είναι ότι πρέπει οπωσδήποτε να κάνω παιδί γιατί τί θα πει ο περίγυρος, τί θα πει ο ένας, τί θα πει ο άλλος. Εντάξει, όχι. Όλα τα πράγματα πρέπει να 'ναι σε ισορροπία.»*

***Δάφνη:** «Τώρα με την εξωσωματική, με τις ενέσεις κι αυτά δε νομίζω να δημιουργηθεί πρόβλημα. Το πρωί που σηκώνομαι θα χτυπάω την ένεσή μου [γελάει] και θα κάνω ό,τι θέλω μετά! Άλλωστε είναι δέκα- έντεκα μέρες. Εντάξει! Δεν τρέχει και τίποτα! [...] Δηλαδή αυτές που το λένε [ότι βγαίνουν εκτός προγράμματος με τα φάρμακα] είναι υπερβολικές.»*

Το φαινόμενο της απόδοσης *προσωπικής* ευθύνης για καταστάσεις που ουσιαστικά βρίσκονται έξω από τις δυνατότητες ελέγχου του ατόμου, είναι κάτι που έχει καταγραφεί στην ευρύτερη φεμινιστική βιβλιογραφία και συμβαίνει πιο εύκολα, όταν η γυναίκα βρεθεί απομονωμένη δηλ. χωρίς την παρουσία κάποιου /-ας άλλης που να επιβεβαιώνει την εμπειρία της. Στις καταστάσεις αυτές τείνουν τόσο η ίδια, όσο και οι παρατηρητές να αποδίδουν ευθύνες για την αρνητική εικόνα στον Εαυτό, παρ' ότι στη δεδομένη συνθήκη είναι ο *αποδέκτης* της αδικίας ή της επίθεσης (Unger 1998, p.77). Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται η γυναίκα που μόλις ξεκινάει προσπάθειες να στρέφεται εναντίον της λογικής άλλων γυναικών που ταλαιπωρούνται πιο πολύ καιρό, όχι μόνο για να μην ταυτιστεί μαζί τους (δηλ. να μην περάσει στην πλευρά με την μικρότερη κοινωνική ισχύ), αλλά και για να ταυτιστεί με την *κυρίαρχη κοινωνική ομάδα*.

Κριτήριο που καθορίζει ένα κατώτερο κοινωνικό status για τις γυναίκες είναι και οι σχετικά πιο περιορισμένες επιλογές που έχουν σε ότι αφορά διάφορα θέματα σε σχέση με τους άνδρες (Morell 2000, p.314). Αναφορικά με το θέμα που εξετάζουμε, η έλλειψη -στην πράξη- επιλογών φανερώνεται από την αποθάρρυνση των άλλων εναλλακτικών ή και της μη ανάληψης δράσης πάνω στο θέμα της

υπογονιμότητας και με την ενθάρρυνση αντίστροφα της ιατρικής διερεύνησης και των ιατρικών λύσεων.

Οι γυναίκες επίσης φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις νιώθουν τύψεις επειδή συνεχίζουν την ζωή και την δραστηριότητα τους και επειδή είναι δυνατόν να επιτυγχάνουν σε άλλα πεδία της ζωής τους πχ στο επάγγελμά τους και ότι φτάνουν συχνά να αμφισβητούν το νόημα και την αξία άλλων τομέων της ζωής τους ή προβάλλουν πάνω στους άλλους την αμφισβήτηση αυτή και θεωρούν ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν την δουλειά ή τις προσπάθειες και τα επιτεύγματα τους. Έτσι σε πολλές περιπτώσεις καταλήγουν να αμφισβητούν οι ίδιες τις ικανότητες και την αξία τους συνολικά (Todorova & Kotzeva 2006, p.133, 134).

*Αίνα:* «... μερικές φορές ένιωθα άχρηστη. Ένιωθα άχρηστη ότι όλοι με βλέπουνε ότι το 'γραφα στο κούτελό μου, γιατί περνάνε αυτές τις διακυμάνσεις, ότι δεν μπορώ να κάνω παιδί. Ότι το ξέρουν όλοι. Κι ας μην το 'χω πει.»

Στην παρούσα έρευνα καταγράφεται αυτή η αμφιταλάντευση και η ενοχή τις στιγμές που η γυναίκα σκέφτεται ότι δεν είναι απαραίτητα άσχημη η ζωή χωρίς παιδί. Η Ράνια, που έθεσε το θέμα σ' αυτή την έρευνα, όπως είδαμε και πιο πάνω, μίλησε για τις τύψεις που νιώθει κάθε φορά που σκέφτεται ότι είναι καλά κι ας μην απόκτησε ακόμα παιδί. Παρόμοιες τύψεις αποτυπώνονται επίσης και σε άλλες συνεντεύξεις, όπου θεωρείται ότι ο μόνος αποδεκτός λόγος για να σταματήσουν την προσπάθεια είναι να υπάρξει πρόβλημα υγείας.

Οι πεποιθήσεις αυτές ανάγουν τη μητρότητα στον κυρίαρχο ρόλο για την ζωή της γυναίκας και υποδεικνύουν ότι η προσπάθεια για απόκτηση απογόνου με σχεδόν οποιοδήποτε μέσον έχει σαφώς να κάνει και με την γυναικεία ταυτότητα και τους γυναικείους ρόλους. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι άνδρες περιγράφονται από τις συζύγους τους πιο συχνά ως επιφυλακτικοί απέναντι στην διαδικασία της εξωσωματικής. Επομένως το φύλο, φαίνεται ότι συνδέεται με την απόφαση έναρξης εξωσωματικής και η ετοιμότητα να ληφθεί η απόφαση με το φύλο. Ομοίως και η απόφαση συνέχισης των προσπαθειών. Αυτό έρχεται σε συμφωνία και με το εύρημα από προγενέστερες έρευνες ότι οι γυναίκες δυσκολεύονται περισσότερο από τους άνδρες να αποφασίσουν την διακοπή των προσπαθειών (Newton 2002, p.212).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Προεξάρχοντα ρόλο στο σύστημα αξιών της κοινωνίας μας διαδραματίζει η μητρότητα. Η μητρότητα παρουσιάζεται από την κοινωνία μας ως μέρος της φυσιολογικής πορείας και κοινωνική επιταγή στη ζωή μιας γυναίκας. Συνεπακόλουθα η απουσία παιδιών θεωρείται παρέκκλιση κι επομένως η προσπάθεια για την απόκτηση παιδιών είναι ο αναμενόμενος τρόπος για να εκπληρώσει μια γυναίκα τις σχετικές κοινωνικές προσδοκίες. Η άποψη αυτή ωστόσο παρουσιάζει πολλά προβλήματα καθώς περιορίζει τις γυναίκες σε πολύ συγκεκριμένους ρόλους και πλαίσια και υποβιβάζει σημαντικές αποφάσεις ζωής αλλά και τις γυναίκες τις ίδιες σε ένα άλογο επίπεδο και σε έρμια των ενστίκτων τους (Ulrich & Weatherall 2000, p.328).

*Στην πραγματικότητα όμως και παρά τις διαδεδομένες πεποιθήσεις που υποστηρίζουν τον ενστικτώδη χαρακτήρα της τεκνοποίησης για τις γυναίκες, για πολλές γυναίκες η απόφαση να αποκτήσουν παιδί είναι ενεργητική διαδικασία η οποία αξιολογείται από τις ίδιες θετικά. Παράγοντες που οδηγούν σε μια τέτοια απόφαση είναι η ηλικία, η οικονομική επιφάνεια και η ποιότητα της σχέσης με τον σύντροφο. Φαίνεται λοιπόν ότι η επιθυμία και η επιδίωξη για την απόκτηση παιδιού είναι κάτι σαφώς διαφορετικό και πιο πολύπλοκο από ένα ένστικτο. Είναι απόφαση συνειδητή και υπολογισμένη και καθορισμένη από κοινωνικές συνθήκες αφού δεν θεωρούνται όλες οι στιγμές στη ζωή μιας γυναίκας κατάλληλες για τεκνοποιία (Ulrich & Weatherall 2000, p.329). Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται και στην παρούσα έρευνα.*

*Φαίνεται όμως ότι και η σημασιодότηση που δίνουν τα δύο φύλα στην απόκτηση παιδιού διαφέρει. Οι γυναίκες*

*βλέπουν το παιδί ως απαραίτητο για την ολοκλήρωση του ρόλου τους ως γυναικών (Jordan & Revenson 1999, p.344) και με την αδυναμία να το αποκτήσουν, συνήθως αισθάνονται ανεπαρκείς και ότι αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν σε κοινωνικούς ρόλους και προσωπικούς στόχους. Επίσης και το ότι στην κοινωνία μας η απόκτηση βιολογικού απογόνου θεωρείται βασικότατο κομμάτι της θηλυκότητας, τελικά υποχρεώνει κάποιες γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα εξωσωματικής να εξαντλήσουν όλα τα διαθέσιμα βιολογικά μέσα και όλες τις πιθανές λύσεις (Jordan & Revenson 1999, p.344). Τα ευρήματα αυτά ουσιαστικά υποδεικνύουν την επιβίωση της παραδοσιακής οπτικής πάνω στην μητρότητα και την θηλυκότητα. Παρόμοια ευρήματα μας δίνει κι αυτή η έρευνα.*

Ακόμα, η υπογονιμότητα εξακολουθεί σε διάφορα περιβάλλοντα να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως αναπηρία και ζήτημα ταμπού, επομένως για αρκετές γυναίκες –και ζευγάρια- γίνεται σημαντικό το να μπορέσουν με ένα παιδί να επανενταχτούν στον κόσμο αυτών που δεν φέρουν το στίγμα μιας τέτοιας δυσλειτουργίας. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο οι ιατρικές παρεμβάσεις συχνά θεωρούνται ως η πιο εύκολη και εύλογη λύση, ενώ παραγκωνίζονται οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με το περιβάλλον και τις κοινωνικές δομές και είναι δυνατόν να έχουν ένα σημαντικό μερίδιο ευθύνης στο πρόβλημα (Ulrich & Weatherall 2000, p.331). Επίσης οι ιατρικές παρεμβάσεις σε αντίθεση με τις κοινωνικές λύσεις, είναι πιο εύκολο να κοινοποιηθούν μόνο σε ένα περιορισμένο κύκλο ανθρώπων και να μην μαθευτούν παραέξω. Με δεδομένο το ότι η υπογονιμότητα ακόμα και σήμερα αντιμετωπίζεται πολλές φορές ως ταμπού, είναι εύλογο ότι για κάποια ζευγάρια είναι προτιμότερη η πιο «διακριτική» λύση της εξωσωματικής έναντι άλλων λύσεων.

*Στα πλαίσια της συντήρησης της πρωταρχικότητας του μητρικού ρόλου στην ζωή μιας γυναίκας, η απόφαση να σταματήσει τελικά το ζευγάρι την προσπάθεια φαίνεται πως είναι πιο δύσκολη για τις γυναίκες και ότι τους παίρνει περισσότερο χρόνο απ' ότι στους άνδρες (Newton 2002, p.212). Επίσης στα πλαίσια της αυτής λογικής, οι γυναίκες συχνά δηλώνουν ότι φοβούνται πως ίσως κάποια στιγμή αργότερα να το μετανιώσουν αν δεν κάνουν όσες προσπάθειες μπορούν και να μην μπορούν πλέον να κάνουν κάτι σχετικά, κι ακόμη γιατί διατρέχουν τον κίνδυνο να δεχτούν αρνητική κοινωνική κριτική εκ μέρους τρίτων (Hammer- Burns, LeRoy 2002, p.380) και να θεωρηθεί ότι δεν θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και ότι είναι παθητικές (Molock 2002, p.455). Σε ένα τέτοιο πολιτισμικό πλαίσιο και με τόσες διαθέσιμες επιλογές, η απόφαση τερματισμού της θεραπείας είναι μια δύσκολη υπόθεση, πιο δύσκολη από την απόφαση συνέχισής της. «Η ιατρική παρέμβαση εγκλωβίζει το άτομο σε έναν κύκλο ελπίδας που ακολουθείται από την καταστροφική απόγνωση της αποτυχίας [...] Για τα ζευγάρια που ξεκινούν θεραπεία σήμερα, ο τερματισμός της ιατρικής προσπάθειας για επίτευξη εγκυμοσύνης μπορεί να είναι συναισθηματικά τραυματικός» (Sewall 2004, p.182, 183). Παρόμοιοι φόβοι και κίνητρα για την συνέχιση των διαδικασιών καταγράφηκαν όπως είδαμε και σε αυτή την έρευνα.*

Ένα σημείο που θα πρέπει να συζητηθεί, αφορά στους τρόπους αντίστασης των γυναικών απέναντι στις επιθετικές στάσεις και νοοτροπίες άλλων προσώπων



αλλά και του κοινωνικού συνόλου. Σε κάποιες περιπτώσεις οι τρόποι αντίστασης δεν γίνονται εύκολα αντιληπτοί με μια πρώτη ματιά. Αυτό κατά την άποψη μας συμβαίνει επειδή γενικά στην κοινωνική μας οργάνωση οι τρόποι αντίστασης των γυναικών δύσκολα παίρνουν άμεσα επιθετικό χαρακτήρα. Αυτό όμως δεν κάνει τις γυναίκες παθητικές ούτε σημαίνει ότι δεν αντιστέκονται και ενεργητικά και σθεναρά εκεί που νιώθουν ότι αδικούνται.

Συχνά επίσης, στις συνεντεύξεις τέθηκε το ζήτημα της έλλειψης κατανόησης εκ μέρους τρίτων προσώπων. Κάποιες γυναίκες μίλησαν ξεκάθαρα για ρατσισμό απέναντι τους και για την μοναξιά και την έλλειψη υποστήριξης που νιώθουν. Ένα ερώτημα όμως που δημιουργείται είναι το *γιατί*. Οι γυναίκες που μίλησαν προσλαμβάνουν συγκεκριμένες άσχημες συμπεριφορές από πρόσωπα του ευρύτερου περιβάλλοντός τους και πολύ δίκαια κρίνουν και κατακρίνουν και τις συμπεριφορές αυτές και την νοοτροπία που τις γεννά. Παρ' όλ' αυτά και οι ίδιες υπάρχουν ενεργά στον κοινωνικό τους χώρο και υπάρχει σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα σ' αυτές και το κοινωνικό τους περιβάλλον είτε αυτό ανταποκρίνεται θετικά, είτε αρνητικά.

Επιπλέον ως μέλη μιας κοινωνίας και οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν αυτού του είδους τα προβλήματα, μοιράζονται κοινές αρχές και αξίες με τα υπόλοιπα μέλη του περιβάλλοντός τους. Έτσι οι προκαταλήψεις που χρεώνουν στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο είναι και δικές τους -όπως πχ το ότι δεν είναι δυνατόν να ευτυχίσουν χωρίς παιδιά. Ομοίως και οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες τους γύρω από τα ζητήματα της μητρότητας. Δεν είναι μόνο για τον περίγυρο σημαντικό να γίνουν μητέρες για να τις θεωρήσουν ισότιμες. Είναι κυρίως για τις ίδιες. Ο περίγυρος μπορεί να επιθυμεί για διάφορους λόγους να ακολουθήσουν την πορεία της μητρότητας, αλλά για να μπου στην διαδικασία αυτή πρέπει πρώτα οι ίδιες να αποδεχτούν ότι έτσι πρέπει και θέλουν να γίνει. Επομένως η θέση τους δεν είναι παθητική, ούτε είναι εξ' ορισμού θύματα μιας κατάστασης κι ενός συστήματος.

Αν οι γυναίκες που καταφεύγουν στην εξωσωματική έχουν κάτι κοινό εκτός από το ότι δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά, είναι ότι είτε για λόγους προσωπικής επιθυμίας, είτε και μετά από παρακίνηση των δικών τους ανθρώπων αποδέχονται και προκρίνουν ως προτεραιότητα την αναγκαιότητα και την αξία της απόκτησης παιδιού. Ο βαθμός στον οποίο θεωρούν την απόκτηση παιδιού σημαντική, φαίνεται ότι σχετίζεται και με τον αριθμό των προσπαθειών: από μια σχετική έρευνα της Ireland (1993), η οποία αναφέρεται από τον/την Sewall (2004) φάνηκε ότι ήταν κυρίως οι γυναίκες των οποίων οι αξίες ήταν πιο παραδοσιακά προσανατολισμένες

εκείνες οι οποίες έμεναν περισσότερο καιρό στις θεραπείες για την υπογονιμότητα και στην διαδικασία της εξωσωματικής, ενώ οι γυναίκες των οποίων οι αξίες ήταν λιγότερο παραδοσιακές, έκαναν λιγότερες ή σχεδόν καθόλου προσπάθειες (Sewall 2004, p.176). Το εύρημα αυτό ίσως δικαιολογεί και την άποψη που εκφράστηκε από κάποιες γυναίκες ότι αν δεν προσπαθεί μια γυναίκα ενεργά, εξαντλώντας ότι επιλογές υπάρχουν, κατά βάθος δεν θέλει και τόσο πολύ παιδί. Η δική μας ερμηνεία είναι μπορεί να το θέλει εξ' ίσου, αλλά να μην εξαρτά την αυτοεκτίμηση και την ευημερία της μόνο ή κυρίως από αυτό.

Τέλος, ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο βέβαια δεν είναι δυνατόν να επιλυθεί εδώ, είναι μέχρι ποιου σημείου είναι θεμιτό να προσπαθεί ένα ζευγάρι. Μια απάντηση είναι μέχρι να επιτύχει το στόχο του. Άλλη, μέχρι εκεί που του το επιτρέπει η υγεία και η οικονομική του δυνατότητα. Το ζήτημα όμως που γεννάται, είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις, το να συνεχίζονται οι προσπάθειες για μεγάλα χρονικά διαστήματα, πέρα απ' το ότι εγκλωβίζει τα ζευγάρια σ' ένα φαύλο κύκλο, επίσης τους στερεί την ευκαιρία να πενήσουν για τις απώλειες τους και να εξετάσουν τις διαθέσιμες εναλλακτικές ώστε να συνεχίσουν τελικά τη ζωή τους. Αυτό φαίνεται ότι είναι ένα βαρύ τίμημα της εμπλοκής στις διαδικασίες της εξωσωματικής στην περίπτωση που αυτές αποτύχουν.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει κάποιους περιορισμούς. Οι περιορισμοί αυτοί προέρχονται από τη μεθοδολογία της, αλλά και από τον ερευνητικό σχεδιασμό και την εκτέλεσή της και αφορούν στο δείγμα αλλά και στη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Σε ότι αφορά την επιλογή του τρόπου της έρευνας, ένα ερώτημα που συχνά τέθηκε ήταν γιατί συνεντεύξεις κι όχι ερωτηματολόγια και μεγαλύτερο δείγμα. Η αλήθεια είναι ότι ένα καλό ερωτηματολόγιο, για να καλύψει όλες τις θεματικές που τίγονται θα απαιτούσε περίπου τον ίδιο χρόνο για να συμπληρωθεί και δεν θα επέτρεπε στις ίδιες τις συμμετέχουσες να θέσουν θέματα που απασχολούν τις ίδιες και που ενδεχομένως διέφευγαν από τον αρχικό σχεδιασμό. Σε ότι αφορά τον μικρό αριθμό των γυναικών που έλαβαν μέρος, αυτός έχει να κάνει με την εν γένει δυσκολία να έρθει κανείς σε επαφή με τον πληθυσμό αυτό, αλλά και με το γεγονός ότι εξ' αρχής ήταν έξω από τους σκοπούς της έρευνας η χαρτογράφηση του χώρου και η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Τα ερωτήματα που απασχόλησαν αυτή την εργασία πιο πολύ είχαν να κάνουν με το «γιατί» και το «πώς» τα οποία και είναι δυνατόν να μεταβάλλονται ανάλογα με τα πρόσωπα και τις συγκυρίες. Μπορεί οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά να μην εξαντλήθηκαν, αλλά οπωσδήποτε υπήρξαν κάποιες.

Ένας ακόμη περιορισμός της συγκεκριμένης δουλειάς είναι ότι γνωρίζοντας τον χώρο μόνο σε ακαδημαϊκό επίπεδο, οι ερωτήσεις που θέσαμε, ίσως δεν διευκόλυναν αρκετά κάποιες απ' τις συμμετέχουσες να καταθέσουν εμπειρίες και να εκφράσουν απόψεις. Άλλες παρ' όλ' αυτά (συνήθως με μεγαλύτερη πορεία στον χώρο), μίλησαν περισσότερο και έθεσαν την δική τους οπτική και τους προβληματισμούς προσφέροντας έτσι ανεκτίμητη βοήθεια.

Τα όσα καταθέτουν απαντούν στα ερωτήματα της έρευνας, όμως δεν αποτελούν απόδειξη αλλά ένδειξη. Επίσης τα αποτελέσματα δεν γενικεύονται σε ολόκληρο των γυναικείο πληθυσμό, ούτε καν σε ολόκληρο τον πληθυσμό των υπογόνιμων γυναικών κι αυτό γιατί από το δείγμα απουσιάζουν λόγω του τρόπου δειγματοληψίας εκείνες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταφύγουν στις διαδικασίες της εξωσωματικής, εκείνες που σταμάτησαν τη διαδικασία, εκείνες που για διάφορους λόγους αρνήθηκαν να συμμετέχουν -και είναι περισσότερες από αυτές που συμμετείχαν.

Άλλος περιορισμός που αφορά το δείγμα είναι ότι όλες οι συμμετέχουσες πλην μίας –της οποίας η συνέντευξη εξαιρέθηκε για λόγους μεθοδολογικούς- είναι παντρεμένες. Αυτό αποδίδεται σε διάφορους λόγους: κατ' αρχήν η διαδικασία της εξωσωματικής στην Ελλάδα είναι μια ακριβή διαδικασία που καλύπτεται εν μέρει (μόνο τα φάρμακα) από το Ι.Κ.Α. και μόνο για τα ζευγάρια που είναι παντρεμένα. Για τον λόγο αυτό και ενδεχομένως και για άλλους, είναι πιθανό ότι είναι λίγες οι μόνες γυναίκες που μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά στις απαιτήσεις της εξωσωματικής και η εμπειρία τους απουσιάζει από αυτή τη δουλειά.

Όλες σχεδόν οι συμμετέχουσες περιέγραψαν δυνατές και καλές σχέσεις με τους συζύγους τους. Αυτό δικαιολογείται από τις ίδιες καθώς θεωρούν ότι χωρίς καλή σχέση είναι δύσκολο να προχωρήσει μια γυναίκα σε εξωσωματική. Επιπλέον θεωρούν ότι η διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά και οι διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής βάζουν τη σχέση του ζευγαριού σε τόσο σοβαρή δοκιμασία ώστε αυτό, είτε να δεθεί και να δυναμώσει η σχέση είτε να χωρίσει. Επομένως ήταν αναμενόμενο για διάφορους λόγους ότι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στη σχέση τους, δεν θα έμπαιναν εύκολα στην διαδικασία να μιλήσουν. Επιπλέον είναι πιθανό ότι δέχτηκαν να μιλήσουν γυναίκες που βρίσκονταν σε μάλλον καλή συναισθηματική κατάσταση τη δεδομένη χρονική στιγμή. Τέλος, έχει ήδη γίνει αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο στο ζήτημα των αξιών. Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, φαίνεται ότι μοιράζονται σε γενικές γραμμές παρόμοιες αξίες σε ότι αφορά τα ζητήματα γάμος, παιδιά και γενικά οικογένεια. Η παρατήρηση αυτή όμως είναι διαφορούμενη καθώς ενδέχεται γενικά οι γυναίκες που καταβάλλουν έντονες προσπάθειες για παιδί να διαπνέονται από αυτές τις αξίες, αλλά υπάρχει πάντα και η πιθανότητα αυτό να είναι ένα χαρακτηριστικό που αφορά τις γυναίκες που επιθυμούν να μιλήσουν για την εμπειρία τους κι όχι υποχρεωτικά όλες όσες μπαίνουν σε διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αν και η έρευνα υποδεικνύει το πρώτο, η συγκεκριμένη δουλειά δεν είναι δυνατόν να το επιβεβαιώσει και για τον Ελληνικό πληθυσμό λόγω του περιορισμένου δείγματος.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Καθώς οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και κυρίως η εξωσωματική γονιμοποίηση κερδίζουν έδαφος στην συνείδηση και της Ελληνικής κοινωνίας, δημιουργούνται ορισμένα ενδιαφέροντα ερωτήματα που αξίζει τον κόπο να διερευνηθούν με πρώτο το ποιες είναι οι απόψεις της Ελληνικής κοινής γνώμης για την εξωσωματική και την αποτελεσματικότητά της.

Επίσης θα είχε ενδιαφέρον να δούμε ποιες είναι οι γυναίκες που συμμετέχουν στις διαδικασίες αυτές, ποια τα δημογραφικά τους γνωρίσματα και ποιες οι προϋποθέσεις που τελικά κάνουν εφικτό το να ξεκινήσει μια γυναίκα προσπάθεια. Ήδη ένα θέμα που τέθηκε από κάποιες από τις συμμετέχουσες και σ' αυτή την έρευνα, είναι το οικονομικό ζήτημα και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν πολλά ζευγάρια σε αυτόν τον τομέα. Άλλο θέμα που έθεσαν οι ίδιες και αξίζει μια πιο εμπειριστατωμένη μελέτη, αφορά τα νομικά ζητήματα και τις πολιτικές γύρω από το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι γυναίκες σ' αυτή την έρευνα, θεωρούν ότι λαμβάνεται ελάχιστη μέριμνα τόσο για την διευκόλυνση τους ως προς τις ιατρικές διαδικασίες όσο και ως προς τις υιοθεσίες.

Ένα επόμενο θέμα που αξίζει τον κόπο να διερευνηθεί είναι τι γίνεται με τις γυναίκες εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, επιθυμούν παιδί, αλλά για διάφορους λόγους, δεν κάνουν χρήση της εξωσωματικής. Αυτές –αν υπάρχουν- φαίνεται να είναι οι πιο απομονωμένες και παρεξηγημένες καθώς τουλάχιστον οι οικονομικοί λόγοι και οι ηθικοί ενδοιασμοί αρχίζουν να ηχούν με μη πειστικό τρόπο στα αυτιά της κοινωνίας. Η πρώτη σκέψη –σύμφωνα με τις περιγραφές τουλάχιστον- τόσο του κοινωνικού περιγύρου όσο και εκείνων που κάνουν χρήση των τεχνολογιών που διατίθενται, είναι ότι δεν θέλουν κατά βάθος να αποκτήσουν παιδί και ότι ψάχνουν για δικαιολογίες. Έτσι οι γυναίκες αυτές μένουν πιο μόνες και βάζονται όχι μόνο από την ευρύτερη κοινωνία, αλλά συχνά και από τις ομοιοπαθείς που δεν μπορούν να συλλάβουν ότι κάποιες μπορεί να έχουν πρόβλημα, να θέλουν παιδί, αλλά να μην εξαντλούν τα διαθέσιμα μέσα για να το αποκτήσουν. Επίσης ενδιαφέρον είναι να δει κανείς και για ποιους λόγους μια γυναίκα δεν ξεκινάει ή και δεν συνεχίζει την διαδικασία.

Άλλο σημαντικό και ενδιαφέρον πεδίο έρευνας είναι το να διερευνηθεί και η ηθική και ιδεολογική διάσταση του ζητήματος. Υπάρχουν πράγματι κοινά σημεία στην ιδεολογία, τις πεποιθήσεις και τις αξίες των γυναικών που μπαίνουν στην διαδικασία της εξωσωματικής; Υπάρχει κάτι που τις ενώνει στο επίπεδο αυτό; Μήπως η απόσταση που καταγράψαμε κι εδώ ότι συχνά νιώθουν απ' τον περίγυρο

τους έχει και μια ποιότητα διαφοροποίησης ως προς το ηθικό κομμάτι; Είναι πιθανό να υπάρχουν στο σημείο αυτό διαδικασίες διπλοσύνδεσης ανάμεσα στο «πιστεύω» και στο «πρέπει» είτε των ίδιων των γυναικών είτε και του περιβάλλοντος τους; Πώς μπορεί να σχετίζονται οι αξίες τους με τον αριθμό των προσπαθειών που κάνουν;

Άλλο αντικείμενο έρευνας μπορεί να αφορά τις σχέσεις με τον περίγυρο και την προσαρμογή στην πιθανότητα να μην αποκτήσουν παιδιά. Στο πλαίσιο αυτό θα είχε ενδιαφέρον να διερευνήσει κανείς ποιες συμπεριφορές βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση και εκ μέρους των ίδιων των γυναικών και εκ μέρους του περιβάλλοντός τους κι ακόμη αν, σε ποιο βαθμό και με ποιόν τρόπο θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για διαδικασίες θυματοποίησης.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Κλείνοντας θα ήθελα να εκφράσω και κάποιες πιο προσωπικές θέσεις όπως άλλωστε συνηθίζεται σ' αυτού του είδους τις έρευνες. Όταν ξεκίνησα την διερεύνηση του ζητήματος «εξωσωματική» η αλήθεια είναι ότι ήμουν κάπως επιφυλακτική ως προς το θέμα. Η επιφυλακτικότητα αυτή εξακολουθεί να υπάρχει πάνω στη βάση ότι

για κάθε ενέργεια και κάθε απόφασή μας υπάρχει κατά κανόνα και κάποιο κόστος. Με αυτή τη λογική απ' τη μια δεν μπορώ να μην βλέπω επιδοκιμαστικά ένα σύνολο διαδικασιών που βοηθούν τόσους ανθρώπους να δημιουργήσουν την οικογένεια που ονειρεύονται, την ίδια ώρα όμως δεν μπορώ και να μην αποδοκιμάζω τον τρόπο με τον οποίο συχνά η ύπαρξη των δυνατοτήτων αυτών αντί να αυξάνει τις επιλογές των ανθρώπων, καταλήγει να τις μειώνει. Και η μείωση των επιλογών τη στιγμή που κοινωνία και επιστημονική κοινότητα διακηρύσσουν ότι έχουν αυξηθεί θεωρώ ότι είναι ένα πολύ μεγάλο κόστος για τις γυναίκες.

Επίσης βαρύ τίμημα μου φαίνεται ένα φαινόμενο που συνάντησα σε κάποιες περιπτώσεις. Κι αυτό είναι ότι στην προσπάθεια για την απόκτηση ενός παιδιού, οι γυναίκες κάποιες φορές ξεχνάνε ότι υπάρχουν κι οι ίδιες ως πρόσωπα κι ότι θα πρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους. Στο πλαίσιο αυτό επίσης ξεχνούν ότι έχουν προσωπική αξία. Η δυσκολία να αποκτήσουν παιδί, κατά τη γνώμη μου θα πρέπει να αποσυνδεθεί από την αξία που έχουν σαν άνθρωποι και σαν γυναίκες και στη δική τους συνείδηση και σε επίπεδο κοινωνικών αξιών και προσδοκιών.

Πάντως σε κάθε περίπτωση, εκείνο που προβάλλει ως αναγκαιότητα και από αυτή την εργασία δεν είναι να θεωρηθούν κατακριτέες διαδικασίες που βοηθούν πολλές οικογένειες και γυναίκες συγκεκριμένα να εκπληρώσουν τις επιθυμίες τους για παιδί, αλλά να βρεθούν τρόποι για να διασφαλιστεί ότι επιδιώκουν τον *δικό τους* στόχο μέχρι το σημείο που *εκείνες* επιθυμούν. Επίσης με την εξάπλωση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γίνεται επιτακτική η ανάγκη να προωθηθούν εναλλακτικοί ρόλοι και τρόποι ζωής και να εξασφαλιστεί το δικαίωμα σε όλες τις γυναίκες και τα ζευγάρια είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας είτε όχι, να επιλέγουν πραγματικά ελεύθερα την πορεία που επιθυμούν χωρίς να αποτελούν αντικείμενο κατάκρισης και υποτίμησης για την όποια επιλογή τους. Αυτά θεωρώ ότι προφανώς δεν μπορούν να συμβούν αν δεν υπάρξει ουσιαστική απελευθέρωση της γυναίκας και ουσιαστική ισότητα ευκαιριών και επιλογών ανάμεσα στα δύο φύλα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:**

1. Morse J. M., Swanson J. M., Kuzel A. J., *“The nature of qualitative evidence”*  
SAGE Publications 2001
2. Fox D., Prilleltensky I., «Κριτική Ψυχολογία- Εισαγωγή», επιμέλεια Γ.  
Ποταμιάνος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003

### **ΙΑΤΡΙΚΗ:**

3. Λαϊνός Τ. Γ. «Οικογενειακή Εγκυκλοπαίδεια- Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και  
Εξωσωματική Γονιμοποίηση» τ. Α΄ Ιατρικές Εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα 2006
4. Λαϊνός Τ. Γ. «Οικογενειακή Εγκυκλοπαίδεια- Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και  
Εξωσωματική Γονιμοποίηση» τ. Β΄ Ιατρικές Εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα 2006

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ:**

5. Linda Hammer Burns, Sharon N. Covington «Υπογονιμότητα  
(συμβουλευτική)», τ. Α΄ μετάφραση Μ. Σόλμαν, επιμέλεια Ζ. Παπαληγούρα  
Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
6. Linda Hammer Burns, Sharon N. Covington «Συμβουλευτική στην  
υπογονιμότητα», τ. Β΄ μετάφραση Ξ. Βότση, επιμέλεια Ζ. Παπαληγούρα  
Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004
7. Rhoda Unger *“Resisting Gender- Twenty Five Years of Feminist Psychology”*,  
SAGE Publications, London 1998



8. Susan Hekman “*Moral Voices, Moral Selves- Carol Gilligan and Feminist Moral Theory*”, Polity Press, Cambridge and Blackwell Publishers Ltd, Oxford 1995
  
9. Jean- Claude Kaufmann «*Σώματα γυναικών, βλέμματα ανδρών*», Εκδόσεις Μαραθιά, Αθήνα 1997
  
10. Benyamini Y., Gozlan M., Kokia E. (2004): “On the self-regulation of a health threat: cognitions, coping and emotions among women Undergoing treatment for infertility” *Cognitive Therapy and Research*, vol. 28, No 5, p.577-592
  
11. Panagopoulou E., Vedhara K., Gaintarzi C., Tarlatzis B. (2006): “Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization” *Fertility and Sterility*, vol. 86, issue 3, p.672-677
  
12. 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*, vol. 24, issue 1
  
13. Jordan C., Revenson T. A. (1999): “Gender Differences in coping with infertility: a meta-analysis”, *Journal of Behavioral Medicine*, vo. 22, issue 4, p.341-358
  
14. Clarke A. E. (2003): “The more things change, the more they [also] remain the same”, *Feminism & Psychology*, vol. 13, issue 1, p.34-39
  
15. Parry D. C., Shinew K. J. (2004): “The constraining impact of infertility on women’s leisure lifestyles”, *Leisure Sciences*, vol. 26 p.295-308
  
16. Morell C. (2000): “Saying No: Women’s experiences with reproductive refusal”, *Feminism & Psychology*, vol. 10, issue 3, p.313-322
  
17. Marshall H., Woollett A. (2000): “Fit to reproduce? The regulative role of pregnancy texts”, *Feminism & Psychology*, vol. 10, issue 3, p.351-366

18. Woollett A., Boyle M. (2000): "Reproduction, women's lives and subjectivities", *Feminism & Psychology*, vol. 10, issue 3, p.307-311
19. Scully D., Bart P. (1978 reprint 2003): "A funny thing happened on the way to the orifice: Women in gynecology textbooks", *Feminism & Psychology*, vol. 13, issue 1, p.11-16
20. Braun V. (2003): "Revisiting the orifice: A reappraisal of 'A funny thing happened on the way to the orifice: Women in gynecology textbooks'", *Feminism & Psychology*, vol. 13, issue 1, p.5-10
21. Ulrich M. Weatherall A. (2000): "Motherhood and infertility: viewing motherhood through the lens of infertility", *Feminism & Psychology*, vol. 10, issue 3, p.323-336
22. 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*, vol.4, issue 9
23. Todorova I. L. G., Kotzeva T. (2005): "Contextual shifts in Bulgarian women's identity in the face of infertility", *Psychology and Health*, vol.21, issue 1, p.123-141
24. Sevon E. (2005): "Timing motherhood: Experiencing and narrating the choice to become a mother", *Feminism & Psychology*, vol. 15, issue 4, p.461-482
25. Willmott J. (2000): "The experiences of women with Polycystic Ovarian Syndrome", *Feminism & Psychology*, vol. 10, issue 1, p.107-116
26. Congress of the U.S. Office of Technology Assessment (1988): "Infertility medical and social choices"

27. Παπαδοπούλου Β. (2003): «Ψυχολογική υποστήριξη και IVF: Συμβουλευτική και έρευνα- τα συναισθήματα των Ελληνίδων γυναικών» από site kosmogonia.gr Μαιευτήριο Μητέρα
28. Leigh- Zwick M. (2004): “Does problem solving ability moderate the relationship between infertility related stressors and psychological distress in infertile women?” Thesis submitted to the faculty of Drexel University
29. Loucks A. B., Redman L. M. (2004): “The effect of stress on menstrual function”, *Trends in Endocrinology and Metabolism*”, vol.15, No 10, p.466-471
30. Braun V., Wilkinson S. (2005): “Vagina equals woman? On genitals and gendered identity”, *Women’s Studies International Forum*, 28 (2005), p.509-522
31. Giacomini M., Hurley J., Stoddart G. (2000): “The many meanings of deinsuring a health service: The case of in vitro fertilization in Ontario”, *Social Sciences and Medicine*, vol.50, p. 1485-1500
32. Gillespie R. (2000): “When no means no: disbelief, disregard and deviance as resources of voluntary childlessness”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 23, No 2, p.223-234
33. Sheppard R., Fry A., Rush R., Steel M., Cull A. (2001): “Women at risk of ovarian cancer: attitudes towards and expectations of the familial ovarian cancer clinic”, *Familial Cancer*, 1: 31-37
34. Barbro W., Mats G., Berndt K. (1998): “Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women”, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77: 422-428

35. The Ethics Committee, American Society for Reproductive Medicine (2003):  
“ Family members as gamete donors and surrogates”, *Fertility and Sterility*,  
vol.40, No 5
36. The Ethics Committee, American Society for Reproductive Medicine (1999):  
“Sex selection and preimplantation genetic diagnosis”, *Fertility and Sterility*,  
vol.72, No 4
37. The Ethics Committee, American Society for Reproductive Medicine (2001):  
“Preconception gender selection for nonmedical reasons”, *Fertility and  
Sterility*, vol.75, No 5
38. The Ethics Committee, American Society for Reproductive Medicine (2004):  
“Fertility treatment when the prognosis is very poor or futile”, *Fertility and  
Sterility*, vol.82, No 4
39. The Rotterdam ESHRE/ASRM – Sponsored PCOS Consensus Workshop  
Group (2004): *Fertility and Sterility*, vol.81, No 1