

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Laura Narbutaitė-Bilotienė

Klinikinės psichologijos programa

Magistro darbas

**Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės:
moterų patyrimo fenomenologinė analizė**

Darbo vadovė: Doc. dr. A. Adler

Vilnius
2021

T u r i n y s

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
SVARBIAUSIOS SAŲOKOS	5
PRATARMĖ.....	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Tyrimų, atskleidžiančių nevaisingumo ir jo gydymo patirtis, apžvalga	8
1.2. Nevaisingumas ir jo paplitimas	12
1.3. Biosocialiniai nevaisingumo problemos tyrimų aspektai.....	13
1.3.1. Biologinės nevaisingumo priežastys ir gyvenimo būdo veiksniai	13
1.3.2. Nevaisingumo sociokultūriniai aspektai	17
1.4. Nevaisingumas psichologijos mokslo kontekste.....	20
1.4.1. Psichogeninio nevaisingumo požiūris.....	21
1.4.2. Nevaisingumo psichologinių padarinių modelis	22
1.4.3. Pagalbinio apvaisinimo procedūros ir psichologinė savijauta.....	25
1.4.4. Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimas	28
1.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	30
2. TYRIMO METODIKA	31
2.1. Tyrimo metodo pasirinkimo pagrindimas.....	31
2.2. Tyrimo dalyviai	33
2.3. Tyrimo eiga	35
2.4. Duomenų analizė.....	36
3. REZULTATAI.....	38
3.1. Fenomenų apibrėžimai	38
3.2. Bendras fenomeno apibrėžimas	41
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
IŠVADOS.....	54
LITERATŪRA.....	55
P R I E D A I.....	64
1 priedas. Kvietimo dalyvauti tyrime pavyzdys	64
2 priedas. Tyrimo dalyvio informuoto sutikimo pavyzdys	66
3 priedas. <i>Elena</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas	67
4 priedas. <i>Gerda</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas.....	73
5 priedas. <i>Nora</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas.....	77
6 priedas. <i>Rūta</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas	81
7 priedas. <i>Livija</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas	85
8 priedas. <i>Saulė</i> : pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas	89

SANTRAUKA

Lietuvoje kas penkta ar šešta pora susiduria su nevaisingumo problemomis ir negali susilaukti vaikų. Nuo 2016 m. rugsėjo, kai buvo priimtas Lietuvos Respublikos Pagalbinio apvaisinimo įstatymas, pagalbinio apvaisinimo procedūros tapo lengviau prieinamos. Visgi pabrėžiant didesnes nevaisingų asmenų modernaus medicininio gydymo galimybes, akcentuotina, kad tokie asmenys neišvengiamai susiduria ir su socialiniais, psichologiniais sunkumais. Nevaisingumas pats savaime, taip pat daugelis jo ištyrimo, gydymo procedūrų, rezultatų laukimas dažnai susiję su stresu, kurį patiria gydymo reikalingos poros, ypač pagalbinio apvaisinimo procedūroms pasiryžtančios moterys.

Šio darbo tikslas – atskleisti moterų patirtis, susijusias su pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmėmis. Darbe pristatomu kokybiniu tyrimu siekiama pagilinti supratimą apie tai, kokie esminiai momentai (situacija, įvykiai, fiziniai, emociniai aspektai, tarpasmeninis ryšys, savivaizdis, įveika) yra išskiriami kaip subjektyviai reikšmingi nevaisingumo gydymo nesėkmės išgyvenimuose. Tyrimas remiasi šešių tyrimo dalyvių patyrimu. Tyrimo dalyvės – vaikų neturinčios moterys, iki šiol bandžiusios ar bandančios susilaukti vaikelio pagalbinių priemonių pagalba ir jau patyrusios pagalbinio apvaisinimo procedūros (-ų) nesėkmę (-es). Vidutinis tyrimo dalyvių amžius – 40 metų. Dalyvauti tyrime patyrimo ekspertės sutiko, atsiliepusios į kvietimą, platintą specializuotuose socialiniuose tinkluose internete, įskaitant Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų vaisingumo centro ir Vaisingumo asociacijos specializuotuose puslapiuose. Kvietimas taip pat buvo platinamas praktikuojančių psichologų ir psichologų-psichoterapeutų asmeniniuose socialinio tinklalapio profiliuose; dalyvauti tyrime moterys jų buvo kviečiamos ir asmeniškai. Giluminio pusiau struktūruoto interviu metu gauti procedūrų nesėkmių išgyvenimų pasakojimai analizuoti A. Giorgi fenomenologinės analizės metodu. Remiantis tyrimo rezultatais, minėtų procedūrų nesėkmė patiriama skirtinguose gydymo etapuose. Dažniausiai nesėkmė išgyvenama kaip psichologinė krizė, sukianti emocijų, minčių sumaištį, performuluojanti savivaizdžio, tapatumo suvokimą, laikinai koreguojanti įprastą elgesio modelį. Išgyvenant nesėkmę keičiasi bendravimo stilius, tarpasmeninio santykio, emocinio susietumo su sutuoktiniu pobūdis. Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patirtis prasminga, kaip galimybė naujoms nuostatomis formuotis, motinystės vilties išsaugojimui.

Raktiniai žodžiai: pagalbinio apvaisinimo procedūros, nesėkmė, patyrimas, fenomenologinė analizė.

SUMMARY

Every fifth or sixth couple faces infertility problems and cannot have children in Lithuania. Assisted reproductive technologies became more accessible since the Law of Assisted Fertilization of the Republic of Lithuania was adopted in September, 2016. However, while highlighting the greater possibilities of modern medical treatment for infertile people, it should be emphasized that such people inevitably face social and psychological difficulties. Infertility as well as waiting for the results of its various examination and treatment procedures, are often associated with the stress experienced by couples in need of this treatment, especially by women who are undergoing assisted reproductive procedures.

The aim of this study is to reveal women experiences related to the failure of assisted reproductive procedures. The qualitative research presented in this paper aims to deepen the understanding of which essential moments (situation, events, physical/emotional aspects, interpersonal connection, self-image, coping) are singled out as subjectively significant in infertility treatment failure experience. The study is based on the experiences of six participants. Study participants are women without children who have tried or are trying to have a child with the help of aids and have already experienced failure of assisted reproductive procedure(-s). The average age of the study participants was 40 years. Women agreed to participate in the study by responding to an invitation distributed on specialised social network via Internet, including the specialized pages of the Fertility Center of the Santaros Clinics of Vilnius University Hospital and the Fertility Association. Additionally, the invitation was distributed via personal social media profiles of practicing psychologists and psychologists-psychotherapists; women were also invited to participate in the study in person. The experiences of procedural failures obtained during the in-depth semi-structured interview were analysed by A. Giorgi's method of phenomenological analysis. According to the results of the study, the failure of assisted reproductive procedures is experienced at different stages of treatment. Failure is usually experienced as a psychological crisis, causing confusion of emotions, thoughts, re-formulating the perception of self-image, identity, temporarily correcting the usual pattern of behaviour. Experience of the failure changes the style of communication, the nature of the interpersonal relationship, and the emotional connection with the spouse. This experience is valuable as an opportunity for the formation of new attitudes and for the preservation of the hope of motherhood.

Keywords: assisted reproductive procedures, failure, experience, phenomenological analysis.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

IUI (intrauterininė inseminacija) – viena iš pagalbinio apvaisinimo procedūrų: specialiai paruoštos vyro spermos sušvirkštimas tiesiai į gimdą (WHO, 2009).

IVF (in vitro fertilizacija) – viena iš pagalbinio apvaisinimo procedūrų: apvaisinimas mėgintuvėlyje (WHO, 2009).

Nevaisingumas – reprodukcinės sistemos sutrikimas, pasireiškiantis negalėjimu pastoti ir gauti klinikinio nėštumo patvirtinimą po ne mažiau nei dvylika mėnesių trunkančių reguliarių lytinių santykių, nenaudojant jokių kontraceptinių priemonių (WHO, 2009).

Pagalbinis apvaisinimas – procesas, atliekamas įstatymo nustatyta tvarka naudojant medicinos technologijas, apimantis su lytinėmis ląstelėmis ir (ar) embrionu atliekamus veiksmus, taikomus siekiant sukelti moters nėštumą (LRS, 2016).

Pagalbinio apvaisinimo būdai/ technologijos – bendras visų modernių pagalbinio apvaisinimo technologijų: IUI, IVF, ICSI, TESA ir kt. pavadinimas (LR SAM, 2019).

Pagalbinio apvaisinimo procedūros – visos gydymo procedūros, vykstančios *in vitro* (ne moters kūne), siekiant klinikinio nėštumo rezultato (WHO, 2009).

Psichologinė krizė – žmogaus reakcija į sunkią ir reikšmingą jam emociškai gyvenimo situaciją, kuri reikalauja naujų adaptacijos ir įveikimo būdų. Ištikus krizei, žmogų apima didelio psichinio diskomforto būseną, kuriai būdingi tokie jausmai kaip neviltis, bejėgiškumas, baimė, įtampa, nerimas, prislėgta nuotaika, pasimetimas (Polukordienė, 2003).

PRATARMĖ

„Visi norėdami paguosti sumenkindavo jos netektį iki buitinio nutikimo, iki smulkmenos, kuri neturės gyvenimui didelės reikšmės... <...> ir jie kartu gyveno toliau, ir toliau siekė savo tikslo, su dar didesniu įkarščiu, jie vis dar neketino pasiduoti... <...> Mes abu tuos vaikus darėme, darėme, darėme“... (V. Butautis, 2014)

Pagal jau beveik penkiasdešimtmetį įgyvendinamą pasaulinę *Žmogaus reprodukcijos programą*, sutartinai akcentuojama bendra vizija dėl informacijos ir paslaugų prieigos, užtikrinančios žmogaus teisę į reprodukcinę ir seksualinę sveikatą. Teigiama, kad reprodukcinė ir seksualinė sveikata yra fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, susijusi su žmogaus reprodukcinė sistema (WHO, 2018). Siekiant apsaugoti žmogaus reprodukcinę ir seksualinę sveikatą ir šioje srityje priimtus sprendimus, žmogaus reprodukcinės teisės apima galimybę ne tik gauti informaciją apie savo sveikatą, bet ir visas reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Minėta programa, kurios globalusis tikslas yra susijęs su pamatine žmogaus teise į pageidaujamą šeimos dydį, apima dvi esmines keliamų užduočių ir veiklų orientavimo kryptis: saugią, kokybišką, prieinamą apsaugą nuo nepageidaujamo nėštumo ir nevaisingumo prevenciją bei gydymą.

Sistemiškai apžvelgę nevaisingumo paplitimo populiacinius tyrimus, publikuotus 1975-2010 metų laikotarpiu, tyrėjai Gurunath, Pandian, Anderson ir Bhattacharya (2011) reziūmavo, kad tikslaus reprodukcinės disfunkcijos problemos masto – nevaisingumo paplitimo rodiklių pateikti negalima dėl nevaisingumo apibrėžimui naudojamų kriterijų heterogeniškumo ir pernelyg didelių skirtumų tarp demografinių ir epidemiologinių apibrėžčių. Visgi naujausiais duomenimis, su nevaisingumo problema susiduria daugiau nei 50 mln. žmonių pasaulyje. Pripažįstama, kad nepaisant didelių nevaisingumo rodiklių, vis dar jaučiama itin didelė atitinkamų politinių sprendimų, su nevaisingumu susijusių tyrimų stoka (WHO, 2018). Kaip nurodoma įvairiuose šaltiniuose, aktualu ir tai, kad pagal nuo 1950 metų atliekamų demografinių tyrimų rezultatus, gimstamumo rodikliai mažėja, nepriklausomai nuo regiono ar socialinės klasės. Aukštesnio pragyvenimo lygio šalyse su vaisingumo sunkumais susiduria vidutiniškai iki 15 proc. porų, besivystančiose ir žemesnio pajamingumo šalyse šie rodikliai dar didesni – siekia net iki 30 proc. Be to, dar apie 10-15 proc. porų susiduria su antriniu nevaisingumu, t. y. negali pastoti pakartotinai. Skaičiuojama, kad kasmet pasaulyje atsiranda apie 2 mln. naujų nevaisingų šeimų (Petraglia, Serour, & Chapron, 2013). Taigi, žmogaus reprodukcinė funkcija jau kelis dešimtmečius yra ne tik praktikuojančių medikų, bet ir mokslininkų dėmesio centre. Apibendrinant teigiama, kad, nors nevaisingumo paplitimo įvertinimas, o ir pats apibrėžimas iki šiol sulaukia įvairios polemikos, pati nevaisingumo samprata dabar yra kur

kas platesnė: nevaisingumas suprantamas jau ne tik kaip privati konkrečios šeimos problema, bet kaip nacionalinių, socialinių ir religinių pokyčių demografinis veiksnys (Nifantova & Krivenko, 2014).

Epidemiologiniais skaičiavimais, Lietuvoje yra apie 50 tūkst. nevaisingų šeimų, ir kasmet jų padaugėja 2 tūkst. Ši statistika rodo, kad apie 15–20 proc. visų Lietuvos šeimų (kas penkta ar šešta pora) yra nevaisinga ir negali susilaukti vaikų (LR SAM, 2019). Atsižvelgiant į pasaulinius rodiklius nustatyta, kad pagalbinių apvaisinimo procedūrų poreikis siekia ne mažiau kaip 1500 ciklų 1 milijonui gyventojų per metus. Vadovaujantis šiuo rodikliu, didžiausias pagalbinių apvaisinimo paslaugų prieinamumas yra Šiaurės šalyse ir Belgijoje (ESHRE, 2016). Lietuvoje pagalbinių apvaisinimo paslaugų reikalingų porų, bendro atliktų pagalbinių apvaisinimo procedūrų ir tikslaus po šių procedūrų gimusių kūdikių registro nėra. Atskirais atvejais, pagalbinių apvaisinimo paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos pateikia sėkmingų procedūrų metinius rodiklius, tačiau skaičiuojant juos tik nuo laikotarpio, kai 2016 m. rugsėjį buvo priimtas Lietuvos Respublikos Pagalbinių apvaisinimo įstatymas.

Pripažįstama, kad veiksmingas nevaisingumo gydymas gali turėti didelę įtaką ir konkrečioms šeimoms, ir bendriems visuomenės socialiniams bei demografiniams rodikliams. Pabrėžiant nevaisingų asmenų modernaus medicininio gydymo svarbą, akcentuojama, kad tokie asmenys neišvengiamai susiduria ir su kita įvairialype problematika – socialiniais, ekonominiais, psichologiniais sunkumais. Mūsų šalies „Nevaisingumo diagnostikos ir gydymo metodikos“ gairėse nurodoma, kad nevaisingumo gydymą pradėjusios poros turėtų būti informuotos, kad nevaisingumas pats savaime, taip pat daugelis jo ištyrimo bei gydymo procedūrų, ypač tokių kaip pagalbinių apvaisinimo procedūros bei jų rezultatų laukimas dažnai susiję su stresu, galinčiu sąlygoti libido susilpnėjimą, depresiją, tarpusavio santykių įtampos padidėjimą. Visa tai mažina pastojimo galimybes, todėl tokioms poroms gali būti naudingas psichoterapinis konsultavimas bei dalyvavimas palaikymo grupėse (LR SAM, 2019). Tačiau tikslingai ir valstybės lėšomis pagalbinių apvaisinimo gydymą pasirinkusioms poroms psichologinė pagalba nėra numatyta, nebent tokios poros šių paslaugų ieško savarankiškai.

Atsižvelgiant į pasaulinių nevaisingumo rodiklių didėjimą ir pripažįstant šios problemos aktualumą, užsienio šalyse sparčiai daugėja ir mokslinių tyrimų, skirtų įvairiais pjūviais nagrinėti nevaisingumą ir jo gydymą išgyvenančių žmonių – tiek atskirai moterų, vyrų, tiek, bendrai, porų – patirtis. Lietuvoje tokių tyrimų vis dar labai stokoja, o darbų, analizuojančių asmenų nesėkmingo nevaisingumo gydymo patirtis – nėra.

Šio darbo tikslas – atskleisti moterų patirtis, susijusias su pagalbinių apvaisinimo procedūrų nesėkmėmis. Darbe pristatomu kokybiniu tyrimu siekiama pagilinti supratimą apie tai, kokie esminiai momentai (situacija, įvykiai, fiziniai, emociniai aspektai, tarpasmeninis ryšys, savivaizdis, įveika) yra išskiriami kaip subjektyviai reikšmingi nevaisingumo gydymo nesėkmės išgyvenimuose.

1. ĮVADAS

1.1. Tyrimų, atskleidžiančių nevaisingumo ir jo gydymo patirtis, apžvalga

Reprodukcijos sutrikimų gydymo tema į medicinos istoriją įsiliejo nuo 1950 metų, kai Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) buvo pradėti kurti specialūs vaisingumo didinimui skirti medikamentai, o dar daugiau plėtota po to, kai imta taikyti pirmąsias pagalbinio apvaisinimo technologijas. Ilgą laiką su reprodukcijos funkcija, jos sutrikimais ir gydymu susiję klausimai buvo nagrinėjami tik biomedicininio sveikatos ir ligos modelio kontekste. Kaip pastebi medicinos sociologas Greil, požiūris į vaisingumo problemas ėmė keistis tik prieš dekadą: iki tol nevaisingumas buvo siejamas tik su tam tikra somatine būkle ir analizuojamas tik kaip medicininis klausimas, nors ir neatmetant, kad tokia būklė asmeniui gali sukelti psichologinių pasekmių. Mokslininko pateiktose ankstesnių reprodukcijos problemų tyrimų apžvalgose akcentuojama, kad tiriant nevaisingus asmenis ar poras buvo ypač stokojama požiūriu į nevaisingumo patirtis kaip į socialiai struktūruotos tikrovės lauką (Greil, 1997; Greil, Slauson, & McQuillan, 2010). Žinoma, progresuojančios nevaisingumo gydymo galimybės, pradėjus taikyti įvairias pagalbinio apvaisinimo technologijas, ilgainiui kėlė naujų – socialinių, teisinių, etinių klausimų ir išplėtė tiek reprodukcijos, tiek reprodukcijos sutrikimų analizės kontekstą.

Daugelis medicinos sociologų pritaria minčiai, kad asmens sveikatos ir ligos sąvokomis būtų lengviau operuoti, jei jomis būtų apibrėžiamos ne vien objektyviai išmatuojamos būsenos, o šios sąvokos veikia tarnautų kaip socialiai sukonstruotos kategorijos, prie kurių atsiradimo būtų prisidėję tiek medicinos mokslo profesionalai, patys sergantieji, tiek kitų sričių specialistai, bendrai klausimą analizavę sociokultūriniame kontekste. Teigiama, kad būtent tokio konteksto pagrindu turėtų būti svarstomi klausimai dėl to, kas suponuoja patologiją, kaip ją apibrėžti ir kokios galėtų būti sprendimų alternatyvos. Kita vertus, toks socialinės definicijos kūrimo procesas turėtų apimti kelis pagrindinius aspektus: pirma, įvardinti, kaip save apibrėžia asmenys, turintys tam tikrų sutrikimų ir, antra, kaip juos supranta išorinė aplinka (Greil, Slauson, & McQuillan, 2010). Matyti, kad tokia požiūriu į sutrikimą kaita esmingai keičia ir sampratą apie nevaisingumo problematiką šiuolaikinėje visuomenėje.

Kaip medicininė kategorija nevaisingumas yra reprodukcinės sistemos sutrikimas, kuris pasireiškia negalėjimu pastoti po daugiau nei 12 mėnesių trunkančių reguliarių (2-3 kartai per savaitę) lytinių santykių, kai pora nenaudoja jokių apsaugojimo priemonių (Zegers-Hochschild et al., 2009). Sutrikimas yra įtrauktas į Tarptautinę ligų klasifikaciją (PSO TLK-10-AM, 2013), išskiriant vyrų ir moterų, taip pat moterų nevaisingumą dėl vyro patologijos. PSO taip pat apibrėžia dvi sutrikimo kategorijas, t. y. pirminį ir antrinį nevaisingumą: pirmuoju atveju moteris negali pastoti ir praeityje

nėra buvę nė vieno nėštumo, antruoju – moteris negali pastoti, nors anksčiau nėštumai galėjo būti patvirtinti, nepriklausomai nuo jų baigties (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Greil, Slauson ir McQuillan (2010) manymu, sveikatos ir ligos socialinės apibrėžtys nevaisingumo klausimu gali būti vertinamos kaip aktualesnės nei kitų somatinių ligų atveju. Toks probleminio apibrėžtumo akcentavimas, anot mokslininkų, galimas dėl kelių kylančių dilemų:

- nepaisant medikų profesionalų taikomos terminologijos, reprodukcinės funkcijos sutrikimą turinti pora nebūtinai save vertina kaip nevaisingą ir nebūtinai kreipiasi medicininės pagalbos, nebent tokia pora siekia tėvystės kaip pageidaujamo socialinio vaidmens;
- nepaisant biomedicininio modelio traktuotės dėl tam tikro sutrikimo poveikio jį turinčiam asmeniui, dažnai nevaisingumas, ypač išsivysčiusiose pasaulio šalyse, vertinamas kaip būklė, darantį poveikį ne tik asmeniui, bet ir porai bendrai, nepriklausomai nuo to, kuris asmuo poroje susiduria su reprodukcinė disfunkcija. Taigi savęs kaip nevaisingo asmens vertinimas apima ne tik tam tikrų sprendimų paiešką kreipiantis į medikus, bet ir tam tikras specifines tarpusavio interakcijas poroje, o kartais ir kur kas platesniuose socialiniuose ryšiuose;
- nevaisingumas nebūtinai reiškia konkrečios patologijos įrodymą, o, veikiau, tai, kad asmuo ar pora nerealizuoja tam tikros pageidaujamos būsenos ar vaidmens;
- nuo kitos ligos ar sveikatos būklės nevaisingumas gali būti skirtingai diferencijuojama asmens disfunkcija „išgijimo“ požiūriu. Nevaisingi asmenys ar poros gali rinktis alternatyvius variantus: priimti savanorišką bevaikystės sprendimą, įsivaikinti ar sukurti naują partnerystę.

Taigi, mokslininkų apibendrinimu, nevaisingumą šiuolaikinio problematikos nagrinėjimo kontekste, tikslingiau būtų įvardinti kaip socialiai konstruojamą procesą, kuriame asmenys geba patys apibrėžti savo bevaikystės patirtį, suformuluoti problemos pobūdį, suplanuoti sprendimų paieškos eigą.

Visus nevaisingumo fenomeno ir šios reprodukcinės disfunkcijos sukiamų psichologinių ir socialinių pasekmių klausimą analizuojančius šaltinius galima skirstyti į dvi pagrindines grupes. Viena vertus, didelė šaltinių grupė apima literatūros pavyzdžius, kuriuose apžvelgiami kiekybinės analizės metodikomis pagrįstų nevaisingų asmenų tyrimų rezultatai: į šiuos tyrimus dažniausiai įtraukiami asmenys, kurie yra išbandę pagalbinio apvaisinimo procedūras, o tyrimų rezultatai atskleidžia dėl nevaisingumo, jo gydymo patiriamų psichologinių sunkumų ar kitų pasekmių, pagalbinio apvaisinimo technologijų prieinamumo ir psichologinės pagalbos poreikio įvertinimą. Į klinikinę pacientų grupę orientuotuose tyrimuose įprastai naudojama standartizuoto psichologinio vertinimo rezultatų kiekybinė analizė. Kita tyrimų tradicija dažniausiai grindžiama neklinikinės grupės – tiek vyrų, tiek moterų – tyrimų, atliktų pagal skirtingas kokybines metodikas ir gautų

rezultatų kokybine analize, o tyrimo tikslai apima nevaisingumo patirties geresnio supratimo, atskleidimo bei išsamesnio problemos socialinio konteksto identifikavimo kryptis. Pagrindinės pagal antrąją tyrimų tradiciją atliktų tyrimų konstrukcijos yra susijusios su ligos patirtimi, lyties faktoriaus, kūno ir socialinių stigmų temomis (Greil, Slauson, & McQuillan, 2010). Medicinos sociologų nuomone, vis dar stokojama tyrimų, kuriuose būtų apjungiamos abi tyrimų tradicijos, taip pat apžvalgų, kuriose mokslininkai pateiktų skirtingomis metodikomis gautų tyrimo rezultatų suintegruotą paveikslą. Be to, aprašomajai tyrimų apžvalgai skirtuose šaltiniuose galima rasti ir reziumuojančių išvadų, į kurias atsižvelgiant teigtina, kad nevaisingumo, jo gydymo ar reprodukcinės disfunkcijos poveikio asmens psichikos sveikatai tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai.

Prieš kelis dešimtmečius Greil (1997) paskelbtoje nevaisingumo psichosocialinį poveikį analizuojančių tyrimų apžvalgoje reziumuoja, kad kai kuriuose tyrimuose keltos hipotezės dėl nevaisingumo kaip sukrečiančios patirties ir psichopatologinių pasekmių sąsajų nepasitvirtino, kita vertus tyrimų rezultatai dėl vaisingumo sunkumų neturinčių ir nevaisingų asmenų patiriamo distreso ir savivertės pokyčių atskleidė statistiškai reikšmingus skirtumus. Esminiai skirtumai įprastai nustatomi ir lyginant su nevaisingumu susiduriančių moterų ir vyrų tyrimų rezultatus. Mokslininkas pastebi ir tyrimų (ypač skirtų nevaisingumo ir distreso sąsajų analizei) trūkumą, teigdamas, kad dažnai juose pateikiami nereprezentatyvūs rezultatai, o nevaisingumo fenomenas tiriamas tik kaip medicininė būklė.

Tarp literatūros šaltinių esama ir kritinės apžvalgos, susijusios su tyrimų metodologine dalimi. Dar prieš kelis dešimtmečius mokslininkai Pasch ir Christensen buvo pastebėję, kad kai kurie tyrimai apsiribojo mažais tyrimo imčių dydžiais, abejojama dėl tyrimo dalyvių atrankos procedūrų, kontrolinės grupės pakankamumo, taikytų nestandartizuotų procedūrų; akcentuotas ir tyrėjų susietumo su konkrečiomis gydymo klinikomis aspektas (Pasch & Christensen, cit. iš Greil, Slauson, & McQuillan, 2010). Henning ir Strauss (2002) pastebi, kad ankstesnių tyrimų, kuriuose būdavo taikomi savistabos klausimynai, rezultatai ne visuomet leidžia tiksliau identifikuoti skirtumą tarp nevaisingumo psichologinių pasekmių ir psichologinių pasekmių, atsiradusių po nevaisingumo gydymo proceso. Be to, tyrimai, kuriuose daugiausia dalyvauja vaisingumo klinikų pacientai, beveik visuomet yra orientuoti ir apsiriboja tik nevaisingumo pasekmių analize. Autorių nuomone, tyrimo dalyvių imtimi pasirenkant tik nevaisingumo gydymo poreikį turinčiųjų asmenų grupę, tyrimo rezultatų negalima taikyti apibendrinant visų vaisingumo problemą turinčių asmenų situaciją. Minima, kad, pavyzdžiui, JAV dėl reprodukcinės disfunkcijos gydymo į gydymo įstaigas kreipiasi mažiau nei puse pastoti negalinčių moterų, todėl minėti tyrimų rezultatų apibendrinimai nereprezentuoja nevaisingų asmenų problematikos. Atlikę kelių dešimčių populiacinių tyrimų analizę, tokie išvadai antrina ir Boivin, Bunting, Collins ir Nygren (2007), reziumuodami, kad nepriklausomai nuo šalies ekonominio išsivystymo lygio ar net tos aplinkybės, kad valstybė teikia

nevaisingumo gydymo prieinamumo garantijas, nemaža dalis nevaisingų asmenų dėl patologijos į gydymo įstaigas nesikreipia.

Kita metodologinė dilema susijusi su nevaisingo asmens apibrėžimu ir poreikiu pripažinti, kad nevaisingų asmenų grupė populiacijoje yra kur kas heterogeniškesnė nei apibrėžiama vien mediciniais terminais. Kaip ir minėta, kai kurios moterys, kurioms pagal medicininius kriterijus būtų nustatyta nevaisingumo diagnozė, nėra bandžiusios pastoti praeityje ir gali neturėti poreikio medicininei pagalbai, vadinasi, nevertina savęs kaip nevaisingų. Ir tokių atvejų nėra mažai (Greil & McQuillan, 2004), todėl kai kurie tyrimai dalyvių atrankos požiūriu suponuoja specifinius ribotumus.

Dėl ilgainiui progresuojančių medicinos diagnostinių technologijų galimybių ir kasmet nustatomų naujų reprodukcinės funkcijos sutrikimų ir neaiškios kilmės nevaisingumo atvejų, kurių skaičius populiacijoje nemažėja, ilgainiui vis daugiau imta planuoti bei vykdyti kokybinėmis metodologijomis grįstų tyrimų. Inhorn ir Birenbaum-Carmeli (2008) teigimu, nors ir galima diskutuoti dėl kokybinės paradigmos tyrimų reprezentatyvumo, tačiau būtent tokie tyrimai ilgainiui tampa vis aktualesni, kaip pristatantys įžvalgų dėl moterų ir vyrų patiriamo nevaisingumo suvoktos prasmės, be to, teikiantys informacijos apie skirtingose kultūrose gyvenančių asmenų nevaisingumo patyrimą. Vieni pirmųjų tokių tyrimų buvo pradėti organizuoti praėjusio amžiaus paskutiniame dešimtmetyje. Pavyzdžiui, Williams (1997) savo tyrime, suplanuotame atliekant 15 interviu su vaisingumo sutrikimą turinčiomis moterimis, pavyko išskirti vienuolika pagrindinių temų: trapaus tapatumo, nevertumo, asmeninės kontrolės praradimo jausmo, pykčio, sielvarto ir depresijos, nerimo ir streso, sumažėjusio pasitenkinimo gyvenimu pojūčio, pavydo kitoms moterims – motinoms, svajonės kurti praradimo, emocinio labilumo ir vienišumo temas. Ulrich ir Weatherall (2000), tyrinėjusių negalinčių pastoti moterų suvoktą motinystės ir išgyvenamo nevaisingumo patyrimą, reziumuoja, kad daugeliu atvejų nevaisingumas yra suvokiamas kaip nenumatytas gyvenimo krypties sutrikdymas.

Parry ir Shinew (2004) teigia, kad nevaisingumo problema ir jos sprendimai susiję su nauju turimo laiko, ypač laisvalaikio, perskirstymu ir gerokai sumažina moterų pasitenkinimą šiuo aspektu, be to, padidina socialinės izoliacijos pojūtį. Kita vertus, savo gyvenimo kaip nuolatinio *įkritimo* į bandymo pastoti procesą būseną nurodo tik tos moterys, kurios naudojasi medikų pagalbos galimybe (Greil & McQuillan, 2004). Tai tik nedidelė dalis tyrimų, kuriais buvo siekiama atskleisti įvairiapusiškesnius moterų, turinčių vaisingumo sutrikimų ir jų gydymo patirties aspektus. Detaliau tyrimų rezultatus pristatysime kituose šio darbo skyriuose.

Skirtingai nei kitose šalyse, Lietuvoje nevaisingumo ir jo gydymo tema iki šiol nėra plačiai tyrinėta. Viena vertus, iki 2016 metų nevaisingumo problematika ilgą laiką buvo šalies įstatymų užribyje, taip pat kėlė nevienareikšmes diskusijas ilgus metus laukto LR Pagalbinio apvaisinimo įstatymo svarstymo bei priėmimo metu. Tiesa, dar 2009 metais LR Sveikatos apsaugos ministerijos

užsakymu šalyje buvo atlikta visuomenės apklausa, parodžiusi, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrų, jei jos būtų atliekamos vaisingumo problemų turinčioms pilnomis tradicinėms (moters ir vyro) šeimoms, įteisinimui tuo metu būtų pritarę 48 proc. apklausos dalyvių. Perpus mažiau – 24 proc. respondentų – būtų pritarę dirbtiniam apvaisinimui ir tuo atveju, jei moteris gyvena be vyro ir nori vaiką auginti viena (LR SAM, 2009).

Tarp šaltinių randame keletą šalies universitetuose atliktų magistro darbų, kurių tikslai buvo susiję su kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologine gerove, nevaisingumo patirčių fenomenologine analize, o rezultatai pristatyti per pastaruosius kelerius metus. Dar keli tyrimai, skirti nevaisingumo problemai, buvo taip pat atlikti šalies universitetuose, tačiau ne psichologijos mokslo katedrų absolventų. Išsamiau kelių tyrimų rezultatus apžvelgsime kitose šio darbo dalyse.

1.2. Nevaisingumas ir jo paplitimas

Tėvystė yra vienas svarbiausių vaidmenų daugelio žmonių gyvenime ir, kaip įprasta, vienas iš visuomenėje vertinamų. Tradiciškai yra tikimasi, kad anksčiau ar vėliau vyrai ir moterys taps tėvais. Pripažįstama, kad kai kuriose visuomenėse negalėjimas turėti biologinių vaikų dažnai stigmatizuojamas, o kartais ir vertinamas kaip „nukrypimas“ nuo socialinių normų (Bulcroft & Teachman, 2003).

Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel ir Stevens (2012) atliktos studijos rezultatai atskleidžia, kad per kelis dešimtmečius – nuo 1990 iki 2010 metų, globalūs nevaisingumo rodikliai pasaulyje didėjo. Teigiama, kad 1990 metais pasaulyje buvo apie 42 mln. nevaisingų porų, 2010 metais – jau apie 48 mln. 1980 metais buvo skaičiuojama, kad nevaisingų porų skaičius JAV siekė 10-15 proc., tačiau, manoma, kad dar apie 5-10 proc. porų susidurdavo su savaiminiais nėštumo nutrūkimais. Jau tuo metu buvo skaičiuojama, kad 80 proc. abiejų šių grupių porų buvo nustatoma klinikinė nevaisingumo diagnozė, o pusei jų buvo galima padėti susilaukti kūdikio, naudojantis pagalbinėmis apvaisinimo procedūromis (Kraft et al., 1980). Autoriai Bulcroft ir Teachman (2003) mini, kad 2000 metais JAV 40-44 metų moterų, negalinčių susilaukti vaikų, skaičius siekė iki 19 proc. ir ši dalis buvo dvigubai didesnė, nei kad buvo skaičiuojama 1980 metais. Autoriai taip pat nurodo, kad padėti pastoti, panaudojant modernias pagalbinio apvaisinimo technologijas, galima iki 75 proc. to pageidaujančių moterų.

Nepriklausomai nuo skirtingo ekonominio išsivystymo lygio, kiekvieno regiono nevaisingumo rodiklius padidina ir antrinio nevaisingumo rodikliai. Petraglia ir kitų (2013) apibendrinimu, 1994-2000 metais moterų, kurioms buvo nustatytas antrinis nevaisingumas

skirtinguose pasaulio regionuose svyravo nuo 14 iki 30 proc.: Europoje jis siekė 15 proc., Azijoje – nuo 17 iki 26 proc., Vidurio Afrikoje – net iki 30 proc.

Mūsų šalyje nėra oficialios nevaisingumo rodiklių statistikos. Lietuvos statistikos departamentas pateikia tik savaiminio persileidimo atvejų skaičių, pavyzdžiui, 2018 metais jis siekė 1375 atvejus: iš jų 334 užfiksuoti 25-29 m. moterų amžiaus grupėje, 374 – 30-34 m., 154 – tarp 40-44 m. amžiaus moterų. Vidutinis amžius, kada Lietuvoje moteris susilaukia kūdikio siekia apie 27 m. (Lietuvos statistikos departamentas, 2018).

Apibendrinant, visame pasaulyje nevaisingumo rodikliai išlieka mažai kintantys. Tačiau dinamiškos sociokultūrinės, ekonominės aplinkybės bei sveikatos apsaugos sistemos galimybės nevaisingumą leidžia peržiūrėti ne tik kaip biologinės kilmės problemą, bet ir kaip platesnį fenomeną.

1.3. Biosocialiniai nevaisingumo problemos tyrimų aspektai

Siekiant geriau suprasti asmenų, susiduriančių su nevaisingumo problema ir sudėtingu bei nesėkmingu nevaisingumo gydymu, patirtis, būtina susipažinti su platesniu tokios problemos kontekstu – žinoti galimą vaisingumo sutrikimų etiologinę įvairovę, gyvenimo būdo aspektus, taip pat atsižvelgti į socioekonominę aplinką, nuo kurios galimi ir skirtingi nevaisingų asmenų subjektyviai suvoktos nevaisingumo gydymo patirties ir gydymo rezultatyvumo vertinimai. Platesnio konteksto peržiūra tampa ypač aktuali sparčiai progresuojant medicininei pagalbai žmogaus reprodukcinio funkcionavimo srityje ir didėjant pagalbinio apvaisinimo procedūrų prieinamumui.

1.3.1. Biologinės nevaisingumo priežastys ir gyvenimo būdo veiksniai

Nepaisant daugiaprasmiškos nevaisingumo reiškinio tyrinėjimo, nevaisingumo priežastys visų pirma pristatomos biomedicininio sveikatos ir ligos modelio kontekste, siejant jas su moterų ir/ar vyrų somatiniais sutrikimais. Nevaisingumo priežasčių pasiskirstymo pagal asmens lytį statistika ilgainiui šiek tiek keitėsi. Jei praėjusio amžiaus pabaigoje buvo skaičiuojama, kad pusė nevaisingumo atvejų buvo susijusių su moters sveikatos problemomis ir apie 20-30 proc. atvejų lemdavo vyrų reprodukcinė disfunkcija (Henning & Strauss, 2002), tai remiantis šių dienų tarptautinės statistikos duomenimis, manoma, kad moterų sveikatos problemos lemia 20-35 proc., vyrų – 20-30 proc., abiejų partnerių – 25-40 proc. visų vaisingumo sutrikimų atvejų. Neaiškios kilmės nevaisingumas sudaro 10-20 proc. atvejų (LR SAM, 2019).

Tarp moterų nevaisingumo priežasčių daugiausiai yra susijusių su ovuliacijos sutrikimais, kurių dalis bendrojoje vaisingumo sutrikimų statistikoje siekia iki 25 proc. Kitos priežastys susijusios su endometriozė (15 proc.), sąaugomis pilvo ertmėje (12 proc.), kiaušintakių nepraeinamumu (11 proc.); apie 10 proc. atvejų moters vaisingumo disfunkcijos priežastys lieka neišaiškintos (Kuohung & Hornstein, 2020).

Skirtingai nei pastarasis moterų neišskios kilmės nevaisingumo rodiklis, teigiama, kad tarp vyrų šis rodiklis siekia net 34 proc. Kitos vyrų nevaisingumo priežastys yra susijusios su tam tikra vyrų lytinių organų kraujagyslių patologija (17 proc.), lyties organų išsivystymo patologija ir silpna lytinių hormonų sekrecija (10 proc.), urogenitalinės sistemos infekcijomis (9 proc.) ir kt. (Jungwirth et al., 2020).

Minėtina, kad aptardami įvairias dažniausiai pasitaikančias asmenų nevaisingumo priežastis, pavyzdžiui, moters reprodukcinės funkcijos sutrikimus, mokslininkai dažnai akcentuoja tai, kaip šių sutrikimų gydymas neišvengiamai apsunkina ir kompleksinių pagalbinių apvaisinimo procedūrų taikymą, o tai sukelia jau antrines su nevaisingumu susijusias pasekmes moters sveikatai, tarp jų ir psichologines. Be to, dažniausi biologiniai nevaisingumo sutrikimai tampa ir daug kaštų kainuojančia socioekonominė problema. Pavyzdžiui, Gao ir kiti (2006) apibendrina, kad dažniausia biologinė moterų nevaisingumo priežastis – endometriozė – vienas labiausiai paplitusių gerybinių reprodukcinio amžiaus moterų ginekologinių sutrikimų, darantis dramatišką poveikį ne tik moters fizinei savijautai, bet ir jos socialinio, profesinio bei santuokinio gyvenimo kokybei. Be to, šis sutrikimas – tai problema, sukelianti didelę ekonominę našą sveikatos apsaugos sistemai, kurios kaštų bendra suma vien JAV kasmet viršija apie 25 mlrd. dolerių (Petraglia et al., 2013). Svarbu, kad šis sutrikimas gerai iliustruoja biologinės priežasties galimo vėlesnio poveikio vaisingumo sutrikimui mechanizmo variacijas. Pavyzdžiui, endometriozės sukeltas dubens uždegimas gali sutrikdyti vyro spermos ir moters kiaušialąsčių sąveiką. Endometriozė taip pat gali tapti moters kiaušidžių rezervo išsekvojimo priežastimi, o atsakas į dirbtinai kontroliuojamą kiaušidžių hiperstimuliaciją gali pakenkti jų kokybei. Endometriozės sukelti endometriumo pakitimai gali sumažinti gimdos gleivinės jautrumą, dėl kurio sumažėja embriono implantacijos galimybės. Tai pat esama ir priešingos eigos poveikio galimybės: moters sprendimas negimdyti, gimdymo planavimo nukėlimas taip pat gali tapti endometriozės atsiradimo rizikos veiksnys, kuris dažniausiai ir pasireiškia 30-40 metų moterims, kai būdamos šio amžiaus jos pagaliau apsisprendžia dėl pastojimo ir gimdymo planavimo. Minėtina, kad yra tyrimų, patvirtinusių, kad vaisingumo sutrikimų turinčios moterys endometriozė serga 6-8 kartus dažniau, nei tokio sutrikimo neturinčios (Petraglia et al., 2013). Vadinasi, kiekviena diagnozuota nevaisingumo priežastis dažnai gali tapti naujų, vėliau suaktyvėjančių vaisingumo sutrikimų ištakomis.

Dalis su nevaisingumu susijusių priešasčių yra ir genetinės kilmės. Kaip teigia Serapinas (2011), dalis genetinių pokyčių, kurie įgyjami jau pradėjimo momentu, žmogui gali pasireikšti tik suaugusiame amžiuje arba tik planuojant vaikus. Pabrėžtina, kad genetinių priešasčių nulemtas nevaisingumas daugeliu atvejų yra nekoreguojamas.

Šaltiniuose, apžvelgiančiuose su nevaisingumu susijusius ne fiziologinės kilmės veiksnius, vis dažniau minima ilgainiui besikeičianti socialinė nuostata į nėštumo planavimo laiką, t. y. faktą dėl dažnesnio nėštumo atidėjimo. Baird ir kiti (2005) akcentuoja, kad XX a. antroje pusėje, nuo tada, kai 1960 metais buvo pradėtas naudoti patikimas ir gerai toleruojamas kontraceptinis medikamentas ir pirmojo vaiko gimimas buvo atidedamas iki tokio moters amžiaus, kai vaisingumas ir reprodukcinis pajėgumas natūraliai tampa mažesniu, pradėti fiksuoti dažnesni su moters amžiumi susiję nevaisingumo atvejai. Tokios priemonės atsiradimas radikaliai keitė žmonių reprodukcinę elgesį, tačiau turėjo ir savo pasekmes. Ilgainiui medicininiai tyrimai patvirtino, kad moters vaisingumo silpnėjimas tampa kliniškai reikšmingas moteriai sulaukus 35-erių metų, o pagalbinio apvaisinimo technologijos tokiu laikotarpiu jau ne visuomet gali užtikrinti pageidaujamą rezultatą. Be to, vyresnių nei 40-ies metų moters nėštumo laikotarpiu dažniau gali vystytis įvairios komplikacijos, didėti priešlaikinio gimdymo grėsmė, kūdikio vystymosi patologijų rizika. Anot Serapino (2011), 35–39 metų moterims tikimybė pastoti yra 42 % mažesnė nei 20–24 metų, o nuo 40 metų tikimybė pastoti sumažėja dar ženkliau. Be to, minėtina, kad vaisingumo „reguliavimo“ priemonėmis didele dalimi tampa ir atliekamos nėštumo nutraukimo procedūros, tačiau ir šios procedūros gali tapti vėlesnio nevaisingumo priežastimi. Šiuolaikiniame pasaulyje vis didesne problema tampa ir kitų somatinių ligų gydymo pasekmės: įrodyta, kad onkologinių susirgimų gydymui skiriamas chemoterapinis gydymas dažnai neigiamai veikia žmogaus vaisingumą (Serapinas, 2011). Taigi visuotinis geriamųjų kontraceptikų vartojimas, kitų somatinių ligų gydymo šalutinis poveikis, nėštumo nutraukimo atvejai prisideda prie ženklaus gimstamumo rodiklių mažėjimo, didelių demografinių pokyčių (Benagiano, Bastianelli, & Farris, 2006) ir yra susiję su vaisingumo sutrikimais.

Po kontraceptinių medikamentų sukeltos revoliucijos, antrasis proveržis reprodukcinėje medicinoje buvo susijęs su pagalbinių apvaisinimo technologijų atsiradimu 1978 metais. Kaip akcentuoja te Velde ir Pearson (2002), spartus pagalbinių apvaisinimo technologijų vystymasis visuomenėje ėmė kelti apgaulingą iliuziją dėl to, kad moterų vaisingumo funkcija galima manipuliuoti taip, kad nėštumas, jį suplanavus, būtų įmanomas bet kurio moters gyvenimo laikotarpiu. Tačiau reprodukcinę tyrimų duomenys įrodo, kad moters amžius yra vienas esminių pagalbinių apvaisinimo procedūrų rezultato prognostinių veiksnių, o moters vyresnis amžius susijęs su mažesniais nėštumo sėkmės rodikliais (Fujimoto et al., 2009).

Ne visuomet esant galimybei paaiškinti nevaisingumo priežastingumo sąsajas su diagnozuojamais moterų ar vyrų fiziologiniais sutrikimais, reprodukcinės disfunkcijos paaiškinimo

ieškoma ir tarp gyvenimo būdo veiksnių, galimai darančių įtaką reprodukcinėi sveikatai ir pastojimo sėkmei. Tarp jų – nutukimas, pernelyg aktyvi arba nepakankama fizinė veikla, nesubalansuotos mitybos įpročiai, rūkymas, psichologinis stresas, alkoholio ir/arba kofeino vartojimas ir užterštos aplinkos poveikis.

Tyrimų rezultatų duomenimis, asmens kūno masė, kuri yra didesnė arba ženkliai mažesnė už rekomenduojamą kūno masės indeksą kiekvienu individualiu atveju, yra susijusi su galimais vaisingumo sutrikimais arba nėštumo komplikacijomis, sudėtingesnėmis nėštumo būklėmis. Tyrimais atskleista, kad moters svoris, viršijantis rekomenduojamą kūno masės indeksą kelia riziką normaliam nėštumo vystymuisi, taip pat yra rizikos veiksnys gestaciniam diabetui ar padidėjusiam kraujospūdžiui atsirasti. Ir, priešingai, pernelyg mažas moters svoris yra susijęs su pastojimo nerezultatyvumu arba gali prailginti sėkmingo pastojimo laikotarpį (Hassan & Killick, 2004). Danijos mokslininkai buvo nustatę, kad vyrų vaisingumui svoris taip pat gali turėti neigiamą poveikį, jeigu jų masės indeksas yra žemesnis nei 20 arba viršija rekomenduojamą 25 vienetų ribą (Jensen et al., 2004), tačiau dar šių metų turkų mokslininkų tyrimas tokias išvadas paneigė (Baydilli, Selvi, Akınsal, Zararsız, & Ekmekçioğlu, 2020). Yra tyrimų, patvirtinančių, kad gyvenimo būdo veiksniai, apjungiantys pakankamą fizinį aktyvumą, kūno svorio reguliavimą ir visavertę mitybą, pagerina moters reprodukcinę funkciją ir palengvina natūralios ovuliacijos cikliškumą (Zain & Norman, 2008; Rich-Edwards et al., 2002; Serapinas, 2011). Sutinkama, kad rūkymas ir alkoholio vartojimas kenkia tiek moterų, tiek vyrų vaisingumo rodikliams (Serapinas, 2011; Petraglia et al., 2013). Moterims, kurios rūko, tikimybė pastoti mažesnė 40 proc. (Wilks & Hay, 2004).

Vis daugiau kalbama ir apie aplinkos taršos bei įvairių toksinų poveikį asmenų vaisingumui. Teigiama, kad vyrų ir moterų reprodukcinė sistema yra jautri galimam radiaciniam poveikiui ir, priklausomai nuo gaunamos spinduliuotės kiekio, gali būtų susijusi su prastėjančiais asmenų reprodukcinės funkcijos rodikliais (Kumar, 2004; Serapinas, 2011).

Į mokslininkų akiratį taip pat patenka kai kurių somatinių ligų gydymo procesai, neišvengiamai turintys ir poveikį vaisingumo rodiklių mažėjimui. Dažniausiai šaltiniuose minimi onkologiniai pacientai, ypač vaikai ir jaunuoliai, kurių pagrindinės ligos gydymo rezultatai šiuolaikinių medicininių intervencijų ir protokolų dėka daugeliu atvejų yra sėkmingi, tačiau sutrikdantys jų reprodukcinę sistemą (Anderson et al., 2008).

Apibendrinant svarbu pabrėžti, kad vaisingumo sutrikimų klausimai vis labiau nagrinėjami platesniame kontekste, nebeapsiribojant vien retesnių genetinių ar dažnesnių biologinių faktorių priežastingumo pagrindimu. Sparčiai tobulėjant medicininiams diagnostiniams procesams, taip pat daugėjant modernių nevaisingumo gydymo galimybių, esmingai keičiasi visuomenės nuostatos ir į patį nevaisingumą kaip asmens sveikatos sutrikimą. Kita vertus, mokslininkams aktualu praplėsti ir socioekonominio bei skirtingų kultūrų konteksto, kuriame analizuojama nevaisingumo tema,

supratimą. Platesnis požiūris tampa vis aktualesnis gausėjant neaiškios kilmės nevaisingumo atvejų, kurie tam tikra prasme lieka modernių medicinos galimybių užnugaryje, kai asmuo negauna konkrečių atsakymų dėl savo organizmo galimo funkcionavimo sutrikimo. Kaip teigia Sandelowski, Holditch-Davis ir Harris (1990), skirtingai nei vėžys ar širdies liga, nevaisingumas yra diagnostinė visuma, kurioje disfunkcija dažnai yra tarp kūnų, o ne viename iš jų ir kartais, norint jaustis sveiku, jos nėra būtina gydyti. Nes iki kol pora neplanuoja susilaukti vaikų, jie dažniausiai net nežino apie savo sutrikimą, nes nevaisingumas kartais yra situacija, suponuojanti įvykio – pastojimo fakto stoką, o ne susirgimą kaip tokį.

1.3.2. Nevaisingumo sociokultūriniai aspektai

Kaip ir minėta, daugelyje šaltinių vis dažniau pabrėžiamas sociokultūrinis nevaisingumo fenomeno analizės kontekstas, taip pat aptariamos socioekonominių veiksnių sąsajos su reprodukcinės funkcijos sutrikimo vertinimu ar nuostatomis, susijusiomis su nevaisingumo gydymo pasirinkimu. Šią temą apžvelgiančiuose šaltiniuose neišvengiama takoskyra tarp socioekonomiškai stiprių ir besivystančių šalių. Tiesa, nevaisingumo problematikos peržvalgoje minėto konteksto požiūriu esama ir tam tikro paradokso. Kaip teigia Inhorn ir Birenbaum-Carmeli (2008), yra įprasta, kad valstybių politikos formuotojai bei mokslininkai dažniau akcentuoja per didelės populiacijos, o ne asmens reprodukcinės sistemos patologijos problematiką besivystančiose šalyse. Visgi pripažįstama, kad su nevaisingumo problema susiduriančių asmenų požiūris dažnai ženkliai skiriasi nuo politikos formuotojų nuomonės. Kita vertus, pabrėžiama, kad besivystančiose visuomenėse atliekamų nevaisingumo paplitimo ir vaisingumo sutrikimo padarinių tyrimuose sociokultūrinio konteksto veiksniai yra aptariami dažniau, o tyrimų, atliekamų išsivysčiusiose šalyse, sumanytojai veikiau akcentuoja nevaisingumo problemos medicininius, etinius ar psichologinius veiksnius (Bos, van Balen, & Visser, 2005).

Greil ir kitų (2010) nuomone, galimos dvi skirtingos nuostatos dėl nevaisingumo sampratos – vyraujančios išsivysčiusiose ir dar tik besivystančiose šalyse, pagal kurias pačią problematiką galima analizuoti dviejų atskirų „nevaisingumo pasaulių“ kategorijomis. Teigiama, kad išsivysčiusiose šalyse sprendimas neturėti vaikų gali būti labiau vertinamas kaip progresyvus ir teisėtas asmens pasirinkimas, kuris nebūtinai siejamas su esančiomis kliūtimis jų susilaukti. Kita vertus, ekonomiškai silpnesnėse visuomenėse tėvystė neatsiejama nuo socialinio vaidmens įtvirtinimo: visuomenės nariams, ypač moterims, tik vaikų turėjimas įtvirtina visaverčio bendruomenės nario statusą. Kadangi daugelyje tokių kultūrų motinystė glaudžiai siejasi su santuoka, manoma, kad moterys yra bevaikės tik tuomet, kai yra nevaisingos. Kultūrose, kuriose bevaikystė negali būti siejama su laisvu asmens

apisprenđimu, nevaisingumo neįmanoma „paslėpti“, todėl įprasta, kad vaikų neauginantys asmenys, ypač negimdžiusios moterys, yra stipriai stigmatizuojamos ir išreiškia kur kas intensyvesnius išgyvenamo distreso požymius, nei vaisingumo sutrikimų turintys asmenys išsivysčiusių šalių kultūrose (Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard, & van der Spuy, 2005).

Moters vaisingumas minėtose besivystančių šalių kultūrose teikia ir įvairialypę „naudą“: tėvystė tampa raktu ne tik į asmens suaugystės pasaulį bei pripažinimą bendruomenėje, tačiau suteikia papildomų teisių, pavyzdžiui, moterims – į vyro turtą (pietų Afrikos valstybėse), ekonominę apsaugą (Kamerūne) ir pan. Kai kuriose šalyse nevaisingos poros bevaikystės „našta“ neišvengiamai sietina tik su moters vaidmeniu ir pareiga susilaukti vaikų. Šiuo atveju atsakomybę už poros nevaisingumą moteris perima ir tuomet, kai nevaisingumo priežastis yra susijusi su vyro reprodukcinės sistemos patologija, o vyrų nevaisingumas neretai „gydomas“ pakartotinėmis vedybomis (Inhorn, 2006; Papreen et. al., 2000).

Aukščiau minėtoms išvadoms antrina ir Parry (2005), reziumuodama, kad esminis sociokultūrinio konteksto veiksnys, dėl kurio nevaisingumas vertinamas kaip sprendimo reikalinga problema – pronatalizmas, t. y. šalyse taikoma priemonių, skatinančių gimstamumą, visuma. Pripažįstama, kad daugelis visuomenių yra pronatalinės, o nuostatos į nevaisingumą neišvengiamai susijusios su bendrais valstybės politiniais veiksniais, religinėmis tradicijomis. Tiesa, požiūrį į nevaisingumą ilgainiui ima koreguoti šiuolaikinių vaisingumo sutrikimų gydymo priemonių prieinamumo situacija (Kirkman & Rosenthal, 1999, cit. iš Greil et al., 2010), o biologinė motinystė nebėra vertinama kaip neišvengiama moters prievolė (Adhikari, 2013). Kita vertus, autoriai pritaria, kad požiūris į motinystę kaip vieną iš esminių moters tapatumo įtvirtinimo veiksnių, kai kuriose kultūrose išlieka stiprus, todėl ir nevaisingumo gydymo nesėkmes priimti nėra lengva.

Šaltinių, kuriuose būtų pristatomi Lietuvoje tikslingai atliktų moters/vyro tapatumo, socialinio vaidmens, nuostatų į pagalbinio apvaisinimo gydymą sąsajų su nevaisingumo ar bevaikystės patirtimi, stokojava. Tarp praėjusiais metais atliktų tyrimų ne psichologijos mokslo srityje minėtini keli, kurių rezultatų duomenys menamai atskleidžia nevaisingumo ar bevaikystės stigmatizacijos tendencijas mūsų visuomenėje. Šumskaitė ir Rapolienė (2019) apibendrina, kad 1991-1996 metų moterims skirtoje periodikoje daugiausiai dėmesio skirta lytinio švietimo ir abortų prevencijos temoms, siekiant užpildyti moterų neišprusimo lytinės sveikatos srityje spragą. Gimstamumo mažėjimo fone motinystę siekta įtvirtinti kaip svarbiausią moteriškumo raišką, o nevaisingumas ir savanoriška bevaikystė buvo stigmatizuojami. Tais pačiais metais paskelbta ir kita publikacija, pristatanti 2017-2018 metais atlikto kokybinio tyrimo, kuriame dalyvavo 28-71 metų moterys, rezultatus. *Pozicionavimo teorijos* kontekste atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kaip vaikų neturėjimas pozicionuojamas asmeniniu, tarpasmeniniu ir kultūriniu lygmenimis. Anot autorių, moterų refleksijos apie jų bevaikystės statusą analizės rezultatai parodė, kad bevaikystė Lietuvoje

reiškia deviaciją nuo sociokultūrinių normų. Vyresnės kartos moterys socialinės stigmos įveikos strategija dažniau pasirinkdavo „neužkliuvimo“ taktiką, mažiau įsitraukdavo į savo pozicijos įvardijimą ir savo statuso svarstymus. Jaunesnės kartos moterys šia tema reflektavo ir pozicionavo intensyviau. Išryškėjo aktyvesnis jų partnerių įsitraukimas ir didėjantis individualizmas, kartu reiškiantis ir tradicinių šeimos normų laužymą. Pripažįstama, kad kultūrinės normos susilaukti vaikų santuokoje stipriai veikė tiek reprodukcinį amžių baigusias, tiek jaunesnes moteris (Šumskaitė, Rapolienė ir Gedvilaitė-Kordušienė, 2019). Nors remiantis šių tyrimų rezultatais, negalime daryti apibendrinamųjų išvadų dėl šio laikmečio nuostatų ar jų kaitos į nevaisingumo ir jo gydymo pasirinkimą sociokultūriniame kontekste, tačiau prielaidos dėl vyraujančio dualistinio moteriškumo-motiniškumo požiūrio vis dar išlieka pagrįstos.

Mokslininkus taip pat domina ir socioekonominių veiksnių visumos poveikis nevaisingumo ir gydymo patirčiai. Fekkes ir kitų (2003) Olandijoje atliktame tyrime teigiama, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrą (konkrečiai – IVF) planavusios moterys išreiškė daugiau nusiskundimų emociškai būkle, o būklės vertinimo skirtumas, palyginus ją su procedūros neplanavusiomis pacientėmis, buvo dar didesnis tarp jaunesnio amžiaus tyrimo dalyvių. Panašūs skirtumai buvo atrasti ir tarp jaunesnio amžiaus vyrų. Autoriai, bandydami paaiškinti gautus rezultatus, kėlė prielaidą, kad jaunesnio amžiaus nevaisingos poros turėjo didesnę *tėvystės poreikį*, todėl išgyveno sunkesnę emociškai naštą nei vyresnio amžiaus pastoti negalinčios moterys. Tyrėjai pastebėjo, kad šiai pažeidžiamesnei grupei priklausė žemesnio išsilavinimo moterys, be to, dauguma šios grupės asmenų, nepriklausomai nuo jų lyties, išsakė *iracionalias tėvystės idėjas* (pavyzdžiui, „*Gyvenimas be vaikų yra beprasmis ir tuščias*“). Atkreipę dėmesį į minėto tyrimo rezultatus ir keliamas prielaidas, 2006-2008 metais portugalų mokslininkai organizavimą panašų tyrimą. Jo rezultatai pagrindė hipotezę dėl kontekstinių veiksnių netiesioginės įtakos nevaisingų porų emociiniam distresui, patvirtino prielaidą, kad moterų distreso įverčiai yra didesni nei jų partnerių. Pasitvirtino ir hipotezė dėl sąsajų tarp žemesnio socioekonominio statuso, gyvenimo atokesnėse vietovėse ir didesnio *tėvystės poreikio* rodiklių bei dažnesnio bevaikystės idėjos atmetimo. Tiesa, nors tyrėjai patvirtino prielaidą dėl to, kad tiek moterų, tiek vyrų turimas didesnis *tėvystės poreikis* yra susijęs su patiriamu stipresniu emociiniu distresu, tačiau statistiškai reikšmingos sąsajos tarp bevaikystės idėjos ir išgyvenamo distreso buvo nustatytos tik moterų grupėje. Teigiama, kad žemesnis socioekonominis statusas ir gyvenimas atokesnėse vietovėse turi netiesioginį poveikį distreso išgyvenimui: tokios aplinkybės yra susijusios su jaučiamo *tėvystės poreikio* stiprumu, o būtent tai ir keičia jaučiamo distreso rodiklius. Tyrėjų nuomone, šie rezultatai galimai susiję su tyrimo dalyvių ateities vizija, kurioje nerandama kitų vertingų tikslų, iki tol sietų su vaikų auginimu, todėl bevaikystės ateityje grėsmė gąsdina (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Santos, 2012).

Matyti, kad nevaisingumo ir gyvenimo neplanuotoje bevaikystėje tema kelia įvairių lygių diskusijų, priklausomai nuo pasirinkto problemos analizės konteksto. Kita vertus, daugiausia tyrimų iki šiol atlikta, siekiant atskleisti nevaisingumo ir jo gydymo patirties sąsajas su žmogaus psichikos sveikata.

1.4. Nevaisingumas psichologijos mokslo kontekste

Negalėjimas susilaukti vaikų ilgą laiką pripažįstamas kaip viena tų patirčių poros gyvenime, kuri kelia nemažai sunkumų net tik asmens sveikatos ar socialinio vaidmens požiūriu, tačiau yra neišvengiamai susijusi su žmogaus emocinės būklės svyravimais. Mokslinėse publikacijose dažnai minima, kad nevaisingumo situacija prilygsta stipriam sukrėtimui, įvardijama gyvenimo krize (Baor & Blickstein, cit iš. Dembinska, 2014), krize žmogaus raidos trajektorijoje (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991) ar patiriama kaip narcistinė trauma (Kraft et al., 1980). Yra šaltinių, kuriuose nevaisingumas vertinamas vienu dramatiškiausių moters gyvenimo įvykių, ir kuris pagal sukeliama distresą palyginamas su tėvų netektimi ar partnerio neištikimybe (Matsubayashi et al., 2004). Vertindami savo psichologinę būklę, vaikų susilaukti negalintys asmenys nurodo labai panašius simptomų rinkinius, kaip ir kitomis ligomis sergantys pacientai, tarp jų – ir onkologiniai ligoniai (Domar, Zuttermeister, & Friedman, cit. iš Rooney & Domar, 2018). Nevaisingumo gydymas taip pat laikomas antru pagal stiprumą stresu po sutuoktinio mirties ar skyrybų (Freeman, Boxer, Rickels, Tureck, & Mastroianni, 1985). Pastaruosius kelis dešimtmečius vis dažniau inicijuojamų kokybinių tyrimų rezultatų duomenimis, pripažįstama, kad su nevaisingumo problema susiduriančių asmenų intrapsichinės užduotys būna susijusios su netekties skausmo įveika, sielvarto priėmimu, „atsisveikinimu“ su idealizuota savastimi, defektuoto kūno vaizdo atstatymu, tėvystės idėjos pervertinimu (Kraft et al., 1980). Apibendrinant, į nevaisingumo gydymo nesėkmę ar kelių nesėkmių patirtį galima žvelgti kaip į asmens išgyvenamą ilgalaikę *psichologinę krizę*, kuriai ištikus žmogų apima didelio psichinio diskomforto būseną su būdingu nevilties, bejėgiškumo, baimės, įtampos, nerimo, prislėgtos nuotaikos, pasimetimo išgyvenimais (Polukordienė, 2003).

Psichologijos ir psichologinio konsultavimo vaidmuo reprodukcinėje medicinoje keitėsi, atsižvelgiant į tam tikru laikotarpiu vyravusias skirtingas teorines perspektyvas ir nevaisingumo gydymo galimybių plėtrą. Trumpai apžvelgsime kelių skirtingų istorinių etapų nevaisingumo problematikos tyrinėjimą psichologijos mokslo kontekste.

1.4.1. Psichogeninio nevaisingumo požiūris

Boivin ir Gameiro (2015), išskyrę penkis pagrindinius nevaisingumo problematikos tyrinėjimo istorinius etapus, teigia, kad psichologija į žmogaus reprodukcinės sveikatos sritį pradėjo įsilieti nuo 1930 metų, kai, esant dideliame nevaisingumo somatinių priežasčių pagrįstumo stokes laikotarpiui, ėmė vyrauti psichogeninis nevaisingumo modelis. Pagal šį modelį, nevaisingumo etiologiją imta sieti su galima tam tikra asmens psichopatologija, dėl kurios pora negali susilaukti vaikų, nesant tam konkrečios ir aiškios reprodukcinės sistemos sutrikimo fiziologinės priežasties. Teigiama, kad tuo laikotarpiu neaiškios kilmės nevaisingumas buvo diagnozuojamas net iki 50 proc. pacientų. To meto autoriai neaiškios kilmės nevaisingumą vadino tam tikru psichiniu konfliktu arba bandė paaiškinti specifiniais asmenybės tipais (Fisher, cit. iš Boivin ir Gameiro, 2015), nesuderinamais su motinyste – pastoti negalinčias moteris kategorizavo kaip silpnas, emociškai nebrandžias arba pernelyg ambicingas, vyriškas, dominuojančias asmenybes. Kaip pastebėjo Benedek (cit. iš Covington & Burns, 2006), moterų nevaisingumas gali būti paaiškinamas kaip somatinis simptomas, suformuotas gynybinio mechanizmo pagrindu. Šio gynybinio mechanizmo tikslas – apsaugoti moterį nuo streso, kylančio dėl nėštumo baimės ir bandymo išvengti grėsmingo motinos vaidmens. Psichogeninio nevaisingumo modelio esminės idėjos buvo siejamos su psichosomatinio požiūriu, teigiant, kad psichologiniai procesai gali tiesiogiai paveikti fizinę asmens sveikatą, taip kartais sutrikdant ir reprodukcinį funkcionavimą.

Anot autorių, pastarosios prielaidos gyvavo apie tris dešimtmečius ir buvo iš esmės peržiūrėtos bei koreguotos 1960 metais prasidėjusios seksualinės revoliucijos kontekste, kai vyrų nevaisingumo etiologinei interpretacijai buvo atrastas naujas šaltinis – tai seksualiai išsilaisvinusių moterų pakitęs elgesio modelis (Boivin ir Gameiro, 2015). Visgi netrukus minėtas modelis neteko savo reikšmingumo dėl sparčiai progresuojančių naujų diagnostinių technologijų, kurių dėka didžioji dalis neaiškios kilmės nevaisingumo atvejų tapo paaiškinami įvairiomis fiziologinėmis disfunkcijomis.

Mokslininkai pripažįsta, kad kiekybinių mokslo tyrimų duomenimis, nevaisingumo psichogenezės įrodymai dažnai yra riboti ir negalutiniai. Pabrėžiama, kad dalis asmenų, net ir turinčių rimtų psichologinių problemų, sėkmingai pastoja ir susilaukia kūdikių, ir, priešingai, dalis porų, vertinami kaip esantys stiprios, nepažeistos psichinės sveikatos, susiduria su vaisingumo problemomis. Tačiau, kaip teigia Christie (1998), net ir pati vaisingumo problemų psichoanalitinė analizė retkarčiais tebėra paviršinė, o ir abejonės, kad ilgalaikį nevaisingumą gali sukelti vien psichologinės problemos lieka pagrįstos (Wischmann, 2003).

Visgi tradicinės psichosomatinės teorijos aktualumo praradimas nebuvo susijęs su kardinaliu nevaisingumo psichosomatinio aspekto idėjos atmetimu. Ilgainiui psichosomatiniai nevaisingumo

veiksnių interpretaciniai argumentai tapo ligų etiologijos multifaktoriinių modelių, pavyzdžiui, biopsichosocialinio, dalimi. Tyrėjai vis daugiau dėmesio skyrė pacientų susirgimų sukeltam emociniam pažeidžiamumui ir su liga susijusiems psichologiniams padariniams, taip pat neišvengiamai sąveikaujantiems ir su visomis kitomis – biologinėmis, aplinkos, socialinėmis pasekmėmis. Kita vertus, net ir imant stiprėti naujoms teorinėms perspektyvoms, mokslininkai neatmetė išliekančių nevaisingumo fenomeno analizės dilemų. Viena esminių yra sietina su pripažinimu, kad vieniems tyrimams pagrindžiant emocinio streso ir nevaisingumo sąsajas, kartais, kaip teigia Seibel ir Taymor (cit. iš Christie, 1998) nėra paprasta atskirti emocinį stresą, atsiradusį dėl nevaisingumo nuo to, kuris gali tapti nevaisingumo priežastimi. Režiumuojant teigtina, kad psichosomatinis nevaisingumo aspektas išlieka svarbiu platesnei reprodukcinės sveikatos sutrikimo analizės perspektyvai ir nevaisingumą išgyvenančių asmenų patyrimo atskleidimui.

1.4.2. Nevaisingumo psichologinių padarinių modelis

Naujo psichologijos mokslo vaidmens nevaisingumo temoje pradžia siejama su pirmosiomis publikacijomis praėjusio amžiaus 8 dešimtmečio pradžioje, kuriose pirmą kartą buvo atkreiptas dėmesys į nevaisingumo išgyvenimą, kaip emociškai sudėtingą patyrimą, sukeltą tam tikrų psichologinių pasekmių. Anot Balen (2002), čia nevaisingumas yra vertinamas, kaip genetinių, somatinių ar atsitiktinių trauminių priežasčių nulemtas sutrikimas, o distresą gali sukelti nevaisingumo diagnozė, nevaisingumo gydymas arba iš to išplaukianti nevaisingumo būklė. Atsižvelgiant į tokią esminę šio modelio perspektyvą, nevaisingumo ir psichologinių padarinių tyrimai buvo atliekami nuolatos ir išlieka aktualūs ir šiomis dienomis.

Perėjimas nuo nevaisingumo psichosomatinės etiologijos prie nevaisingumo diagnozės sąsajų su psichologinėmis pasekmėmis modelio visų pirma siejamas su B. E. Menning darbais, kuriuose pirmą kartą nevaisingumo patyrimas apžvelgiamas kaip situacija, kurios įveiką būtų galima interpretuoti remiantis Kubler-Ross aprašytu 5 sielvarto etapų kaip reakcijų į mirtį ir mirimą kaitos modeliu. B. E. Menning atkreipė dėmesį į tai, kad nevaisingumo išgyvenimą gali lydėti tos pačios asmens emocinės reakcijos, sutinkamos gedėjimo procese: pradinio šoko ir neigimo, pykčio, derybų, liūdesio (depresijos) ir susitaikymo su situacija (Menning, cit. iš Boivin ir Gameiro, 2015), nors tokio asmenų emocinių reakcijų į nevaisingumą perėjimo per minėtus visus sielvarto etapus nėra patvirtinę jokie empiriniai tyrimai (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). Vis tik minėtina, kad nevaisingumo situacijos išgyvenimas susijęs ne tik su gedulu „netenkant“ galimo turėti kūdikio, tačiau apima ir daugiau netekčių: netenkama savigarbos, kontrolės jausmo, tikėjimo gyvenimo teisingumu (Kraft et al., 1980). Reakcijų į nevaisingumą tema buvo ir yra aktuali iki šiol, tad ir tyrimų, atliktų per kelis

pastaruosius dešimtmečius, kurių rezultatai antrina pradinei Menning minčiai dėl nevaisingumo situacijos išgyvenimo, panašaus į gedėjimo procesą, atlikta nemažai. Šių tyrimų rezultatai dažnai apibendrinami nevaisingų asmenų prisitaikymo prie bevaikystės situacijos strategijų įvairove, dažnai akcentuojant būdingą nevaisingumo diagnozės emocinio atmetimo reakciją gydymo pradžioje ir laipsnišką prisitaikymą prie nevaisingumo situacijos gydymo eigoje (Dembínska, 2014).

Minėto praėjusio amžiaus 8 dešimtmečio pradiniai tyrimai nevaisingumo tema dažniausiai būdavo orientuoti į vaisingų ir nevaisingų moterų psichologinio profilio skirtumų paiešką. To meto tyrimų rezultatai dažnai patvirtindavo statistiškai reikšmingus skirtumus moterų neurotiškumo įverčiuose ir pagrįsdavo tai, kad tokie rodikliai su vaisingumo problemomis susiduriančių moterų grupėje yra aukštesni. Visgi ilgainiui tyrimų problematika buvo perorientuota į nevaisingumo pasekmių analizę (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia, & Naghizadeh, 2009), o vėlesnė asmenybinių skirtumų paieška tapo atraminiu tašku tyrimuose, kuriais buvo analizuojamos, pavyzdžiui, moterų nevaisingumo tipo (t. y. aiškios ir neaiškios kilmės nevaisingumo) ir joms būdingų įveikos stilių sąsajos (Aisenberg Romano et al., 2012) arba bandoma atsakyti į klausimus apie tai, kokios moters psichologinės charakteristikos (t. y. bendrosios ar tik specifinės nevaisingumo situacijoje) galėtų tapti galimo psichologinio distreso prognozuojančiais veiksniais (Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin, & Demyttenaere, 2010).

Tyrimuose, skirtuose analizuoti nevaisingumo pasekmes emocinei žmogaus savijautai, nekvestionuojama mintis, kad reprodukcinės funkcijos problemos – tai ne tik somatiniai ar galimai somatiniai sutrikimai, tačiau sritis, kurioje susiduria fiziologiniai, aplinkos, psichologiniai ir tarpasmeninių santykių pokyčių aspektai. Kaip teigia Ramazanzadeh ir kiti (2009), be to, kad susiduriama su kūno disfunkcija, nevaisingos poros neišvengia ir psichologinių sunkumų – įvairiais tyrimais patvirtinama, kad nevaisingiems asmenims nustatoma depresija, nerimo sutrikimai, sumuojami įvairūs psichosomatiniai simptomai, didesni agresijos, baimės įverčiai, o tarp išgyvenamų jausmų ir nuostatų dažni savikaltos, savikritikos, nepasitenkinimo savimi, pavydo, vienatvės epizodai, sumažėjusi savivertė, pasitenkinimas seksualiniu gyvenimu, taip pat išgyvenama dėl naujai atsirandančių tarpasmeninių santykių, bendrystės su partneriu sunkumų.

De Berardis ir kitų (2014) atliktoje tyrimų apžvalgoje apibendrinama, kad su įvairiais psichologiniais sunkumais susiduria nuo 25 iki 60 proc. vaisingumo problemų turinčių asmenų, o didžioji dalis nusiskundimų, palyginus su kontrolinėmis grupėmis, susiję su ženkliai didesniais depresijos ir nerimo įverčiais. Nevaisingumo psichologinių padarinių modelio įsitvirtinimo pradžioje atliktų tyrimų rezultatais, apie 50 proc. moterų ir apie 15 proc. vyrų nevaisingumą vertino kaip daugiausia streso sukeliančią situaciją, o 63 proc. išsiskyrusiųjų skyrybas vertino kaip mažiau streso nei nevaisingumas keliantį išgyvenimą (Fredman et al., cit. iš Ramazanzadeh et al., 2009). Tyrimas, kuriame depresijos ir nerimo paplitimo ieškota tarp moterų prieš jų kreipimąsi į vaisingumo kliniką,

patvirtino, kad net 40 proc. pacienčių pasireiškė depresijos, nerimo arba abiejų sutrikimų simptomai, nepriklausomai nuo jų demografinių veiksnių ar nevaisingumo gydymo kreipimosi atvejų praeityje (Chen, Chang, Tsai, & Juang, 2004). Vengrijos mokslininkų atlikto tyrimo rezultatų duomenimis, nevaisingų moterų grupėje net beveik 45 proc. rodikliai siekė vidutinio sunkumo ir sunkios depresijos ir apie 40 proc. – klinikinį nerimo lygį, be to, tų moterų, kurioms buvo taikomos pagalbinio apvaisinimo procedūros, depresijos įverčiai buvo aukštesni nei tų, kurios tokio gydymo nebuvo pasirinkusios (Lakatos, Szigeti, Ujma, Sexty, & Balog, 2017). Pabrėžtini ir tyrimo rezultatai, pagal kuriuos, beveik 10 proc. nevaisingumo problemą sprendusių moterų turėjo minčių apie savižudybę arba buvo bandžiusios pasitraukti iš gyvenimo (Shani, Yelena, Reut, Adrian, & Sami, 2016). Matyti, kad nevaisingumo situacija moterims sukelia neabejotinai daug emocinių sunkumų ir kartais gali tapti rimtų psichologinių sutrikimų priežastimi.

Greil ir kitų (2010) mokslinių tyrimų apžvalgoje minima, kad itin didelė nevaisingumo ir patiriamo distreso sąsajų tyrimų publikacijų dalis sutelkta į rezultatų pasiskirstymo pagal lyties kriterijų pristatymus. Apibendrinami tokius tyrimus mokslininkai reziumuoja, kad moterų patiriamo distreso rodikliai dažniausiai būna didesni nei vyrų. Nors pabrėžiama, kad tokiuose tyrimuose neišvengiama nevienareikšmių išvadų, tačiau naujais tyrimais taip pat patvirtina hipotezes dėl stipresnių išgyvenimų, būdingų moterų grupei. Palyginti su vyrų grupe, nevaisingoje poroje moterys dažniau nurodo sumenkusią savivertę, yra kur kas labiau nepatenkintos gyvenimo kokybe, dažniau kaltina save dėl bevaikystės (Schmidt, 2006). Minėtinas Lietuvoje atliktas kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinės gerovės tyrimas, kurio išvadose apibendrinama, kad kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė siekia vidutinius įverčius, o nesėkmingas bandymas susilaukti kūdikio moterų gyvenimo kokybę labiausiai paliečia per patiriamas neigiamas emocijas (Sabaitytė, 2018). Šio tyrimo rezultatais galima papildyti 2008-2009 metais Lietuvoje atlikto tyrimo išvadas, teigiančias, kad dauguma nevaisingumą išgyvenančių moterų be liūdesio ir kaltės, nuolatos jaučia gėdą bei kančios jausmą. Pastebėta, kad nevaisingumo diagnozę turinčioms moterims labiau būdingas nepilnavertiškumo ir kančios jausmas, pyktis bei liūdesys, nei moterims, kurios susiduria su sunkumais, bandydamos susilaukti kūdikio, tačiau joms nėra diagnozuotas nevaisingumas. Be to, nevaisingos moterys yra dažniau kankinamos nežinios, netikrumo bei „pjaunančio“ noro turėti savų vaikų (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Kai kurie autoriai kelia prielaidas dėl didesnį moterų pažeidžiamumą provokuojančių veiksnių: natūralaus polinkio išgyventi didesnę distresą, nei tai būdinga vyrams (Edelmann, & Connolly, 1998), prigimtinio polinkio skirti didesnes investicijas į siekį turėti vaikų, vadinasi, ir didesnes pastangas į nevaisingumo gydymą (White & McQuillan, 2006), patiriamos didesnės stigmatizacijos ir įžeidinėjimo, jaučiamos nuolatinės savikaltos bei internalizuotos ir eksternalizuotos gėdos (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos, 2011).

Nors remiantis nevaisingumo padarinių modelio teorija tyrimų atlikta nemažai, tenka pripažinti, kad kai kurie jų pateikia nevienareikšmes išvadas, o pagrindiniai tokių tyrimų kritikos akcentai susiję su palyginti nedidelės imties tyrimų dalyvių grupėmis (Balén, 2002). Kita vertus, kaip teigia Brkovich ir Fisher (cit. iš Balén, 2002), šiandien, tikėtina, dauguma gydytojų pritarę minčiai, kad nevaisingumas gali sukelti depresiją ar stiprų nerimą, tačiau, mažiau tikėtina, kad būtų priešingai. Taigi šis teorinis modelis atvėrė dar daugiau nevaisingumo fenomeno pažinimo perspektyvų, kurių objektu tapo jau ne pats nevaisingumo faktas, o nevaisingumo gydymo, t. y. pagalbinio apvaisinimo procedūrų psichologinių aspektų analizė.

1.4.3. Pagalbinio apvaisinimo procedūros ir psichologinė savijauta

Per pastaruosius penkis dešimtmečius su nevaisingumo gydymu susijusi biomedicinos sritis atvėrė labai daug galimybių asmenims, negalintiems susilaukti kūdikio natūraliu būdu: daugelyje šaltinių praėjusio amžiaus aštuntojo dešimtmečio pabaiga, kai pasaulį išvydo pirmasis kūdikis, gimęs moteriai po pagalbinės apvaisinimo procedūros, vadinama reprodukcinės medicinos revoliuciniu įvykiu. Jeigu pradžioje pagalbinio apvaisinimo procedūra (dažniausiai – IVF) buvo dažniau atliekama ginekologinių problemų turinčioms moterims kaip operacinio gydymo alternatyva, ilgainiui tokios procedūros buvo taikomos ir poroms, išgyvenančioms nevaisingumą dėl vyro reprodukcinės disfunkcijos ar esant neaiškios kilmės nevaisingumo atvejams.

Skačiuojama, kad pasaulyje nuo 1978 m. pirmosios pagalbinio apvaisinimo procedūros sėkmės iki 2018 metų iš viso yra gimę per 8 mln. kūdikių: daugiau nei puse milijono kūdikių gimsta iš daugiau nei 2 mln. gydymo ciklų (ESHRE, 2018). Lietuvoje nėra bendro po pagalbinio apvaisinimo procedūrų gimusių kūdikių registro, tačiau tokie duomenys pradėti rinkti prieš trejus metus, kai šalyje įsigaliojo Pagalbinio apvaisinimo įstatymas. Nuo 2017 m. balandžio iki 2019 m. balandžio po Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis atliktų pagalbinio apvaisinimo procedūrų gimė kiek daugiau nei 500 naujagimių. Per dvejų metų laikotarpį, daugiau nei 3,7 tūkst. nevaisingų asmenų (1,9 tūkst. moterų ir beveik 1,8 vyrų) buvo suteikta daugiau nei 11 tūkst. įvairių pagalbinio apvaisinimo paslaugų (VLK, 2019). Visgi į šią statistiką nepatenka gydymo paslaugų, teikiamų apmokant už jas pacientų lėšomis, apimtys.

Nepaisant ženkliai ištobulėjusių reprodukcinės sistemos sutrikimų gydymo galimybių ir modernių pagalbinių procedūrų, kurių pasaulyje atliekama vis daugiau, pripažįstama, kad tokio gydymo rezultatyvumo rodikliai išlieka gana stabilūs. Kaip ir minėta anksčiau, medicininių technologijų progresas ir pagalbinių apvaisinimo paslaugų prieinamumo didinimas gali kelti idėją dėl neriboto laike reprodukcinės funkcijos reguliavimo (te Velde & Pearson, 2002), tačiau toks lūkestis

tėra iliuzinis. Pripažįstama, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrų sėkmės rodikliai, susiję su nevaisingumo priežastingumo tipu ir moters biologiniu amžiumi, mažėja nuo apie 29 iki 2 proc., atitinkamai, jei moteris yra jaunesnė nei 35 ir vyresnė nei 44 metų (HFEA, 2017). Kita vertus, akcentuojama, kad nevaisingumo gydyme yra nemažai atvejų, ypač neaiškios kilmės nevaisingumo situacijose, kai pagalbinės procedūros yra skiriamos stokojant pagrįstumo jas atlikti arba kai šių procedūrų sėkmės tikimybė yra abejotina (Veltman-Verhulst, Hughes, Ayeleke, & Cohlen, 2016). Ramazanzadeh ir kitų (2009) nuomone, net puse pacientų sunku tinkamai prisitaikyti prie gydymo pagalbinėmis priemonėmis. Taigi nevaisingumo gydymo procesas, esant intervencijų būtinybei, paprastai kelia naujų – prisitaikymo prie sudėtingo ir galimai ilgos trukmės laikotarpio – iššūkių. Todėl nuo pat tokio gydymo eros pradžios mokslininkus domino įvairūs tyrimai, orientuoti į pagalbinio apvaisinimo procedūrų ir jas išgyvenančių pacientų psichologinių sunkumų sąsajų analizę.

Verhaak ir kitų (2007) rengtoje vienoje didžiausių sisteminių apžvalgų, į kurią buvo įtraukta daugiau nei 700 publikacijų, rengtų pagal 1978-2005 metais atliktus tyrimus, reziumuojama, kad moterų prisitaikymo prie pagalbinio apvaisinimo procedūrų rodikliai skiriasi, priklausomai nuo taikomo gydymo trukmės ir rezultatyvumo. Daugelio tyrimų išvados atskleidė, kad nors nemažai moterų buvo pakankamai gerai prisitaikiusios prie naujos gydymo situacijos prieš pradėdant procedūras, jų emocinės būklės – nerimo, depresiško, streso – rodikliai didėjo, patyrus procedūrų nesėkmę ir išliko palyginti aukšti esant kartotinės nesėkmės atvejams. Kita vertus, neigiamos emocijos labai greitai nurimdavo, jei pagalbinio apvaisinimo procedūra būdavo sėkminga. Autorių apibendrinimu, nevaisingumo gydymo sukeliamas stresas yra daugiau susijęs ne tiek su gydymo procesu, kiek su nesėkmės grėsme, todėl ilgalaikio gydymo atvejais pacientės turėtų būti aktyviau supažindinamos su gydymo trukmės ir su ja susijusių galimų emocinių sunkumų tikimybe bei nukreiptos psichologinės pagalbos.

Vertinant išgyvenamo distreso skirtumus, susijusius su lytimi, kai kuriais tyrimais patvirtinta, kad jei pagalbinio apvaisinimo procedūros baigiasi nesėkme, moterų grupėje nerimo ir depresiško rodikliai kyla, tačiau nepriklausomai nuo procedūros baigties, vyrų grupėje jie išlieka nepakitę. Taip pat nustatyta, kad po procedūros nesėkmės praėjus pusmečiui, moterų nerimo ir depresiško rodikliai statistiškai reikšmingai nesumažėja (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, 2005). Be to, kuo didesnės moters pastangos pastoti (kuo daugiau procedūrų atliekama) ir kuo ilgesnė nerezultatyvaus gydymo trukmė, tuo didesnė depresijos rizika (Schmidt et. al., cit. iš Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, & Vaslamatzis, 2009). Tiesa, yra tyrimų, kuriuose pabrėžtini išgyvenamo nerimo rodiklių skirtumai, susiję su konkrečiu gydymo proceso epizodu, t. y. didžiausi moterų nerimo rodikliai buvo fiksuojami prieš kiaušidžių punkcijos procedūrą, embrionų perkėlimo dieną bei nėštumo patvirtinimo laukimo laikotarpiu, o didžiausi vyrų nerimo rodikliai buvo susiję su laikotarpiu dar iki pradėdant visą gydymo ciklą (Ying, Wu, & Loke, 2016).

Tyrėjai taip pat kėlė hipotezes dėl nerimo ir depresiškumo rodiklių skirtumų, galimų dėl sąsajų su atliekamos pagalbinio apvaisinimo procedūros tipu ar tuomet, kai gydymui taikomas kelių skirtingų technologijų derinys. Beutel ir kitų (1999) atlikto tyrimo išvadose apibendrinama, kad nors dėl atliekamų pagalbinio apvaisinimo procedūrų moterys patiria didesnę distresą, tačiau, jei į bendrą gydymo ciklą yra įtraukiamos ir vyrams taikomos procedūros, šio gydymo poveikį emocinei savijautai neišvengiamai patiria ir jie. Atlikto tyrimo rezultatų duomenimis, nors bevaikystės ir nevaisingumo gydymo faktai pripažįstami kaip keičiantys abiejų partnerių kasdienį gyvenimą ir mažinantys pasitenkinimo gyvenimu jausmą, tačiau procedūrų atlikimas būtent vyrų, o ne moterų nurodomas, kaip sukeliantis didesnę naštą. Taigi į tyrimus įtraukti nevaisingumo gydymo procedūrų tipologijos, o, vadinasi, ir nevaisingumo problemos etiologijos veiksniai gali suponuoti skirtingus tyrimų rezultatus bei išvadas.

Įvairiose šalyse iki šiol atliktų tyrimų dėl pagalbinio apvaisinimo procedūrų sąsajų su nevaisingumą besigydančių asmenų psichologine savijauta rezultatai nėra vienareikšmiai. Pavyzdžiui, Lykeridou ir kitų (2009) atlikto tyrimo rezultatai neatskleidė reikšmingų moterų streso ar depresiškumo rodiklių jų gydymo metu, tačiau atkreipė dėmesį į moterų, kurioms procedūros taikomos dėl vyro nevaisingumo, grupę. Būtent šių pacienčių nerimo (taip pat ir socialinio) įverčiai buvo aukštesni nei pacienčių, kurioms gydymas buvo taikomas dėl jų pačių reprodukcinės disfunkcijos, kai nevaisingumo etiologija buvo siejama su abiem partneriais arba esant neaiškios kilmės nevaisingumui.

Nepaisant medicininių galimybių ir pagalbinio apvaisinimo paslaugų prieinamumo plėtros, nevaisingumo gydymui prireikia daug resursų: socialinių, finansinių, emocinių. Visgi procedūrų nesėkmės kartais tampa sprendimo nutraukti gydymą priežastimi netgi tais atvejais, kai gydymo finansinių kaštų kompensavimas valstybės lėšomis yra užtikrinamas iki kol pora sulaukia kūdikio ir nepriklauso nuo gydymo taktikos ar reikalingų procedūrų skaičiaus. Izraelio mokslininkai Lande, Seidman, Maman, Baum ir Hourvitz (2015) atliktame tyrime nustatė, kad pagrindinės priežastys, susijusios su nerezultatyvaus gydymo nutraukimu, nepaisant procedūrų finansavimo valstybės lėšomis, dažniausiai buvo susijusios su sėkmės vilties praradimu, nepakeliama psichologine našta, gydymo laikotarpiu įvykusiomis partnerių skyrybomis, ir tik kelių asmenų sprendimai buvo priimti dėl medikų rekomendacijų ar pacientų somatinės būklės. Taigi, analizuojat nevaisingumo gydymo nesėkmės patirtis, emocinė savijauta tampa ašine bendrame problematikos kontekste.

1.4.4. Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimas

Įvairių šaltinių analizė leidžia apibendrinti, kad pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės definicija būtų pernelyg siaura, jei ji suponuotų tik rezultato faktą – t. y. situaciją, kai procedūra nesibaigia kūdikio gimimu. Vaisingumo specialistai pripažįsta, kad tokios procedūros nesėkmė gali būti peržvelgiama keliais lygmenimis: kaip nerezultatyvus medikamentinio gydymo ciklas ar gydymo komplikacijos, dėl kurių nevaisingumo gydymas nutraukiamas, kokybiškų embrionų stoka, embriono implantacijos nesėkmė, biocheminis nėštumas, prigijusio vaisiaus vystymosi nutrūkimas – vaisiaus žūtis. Galima būtų teigti, kad besigydančių asmenų procedūros laikotarpio patyrimas yra daugiasluoksnis ne tik dėl paties nevaisingumo fakto, bet ir dėl gydymo specifikos, susijusios būtent su skirtingais procedūros ciklo etapais. Kita vertus, toks patyrimas įima daug asmens gyvenimo aspektų, ypač jei bendras gydymo laikotarpis trunka labai ilgai, o procedūrų atliekama ne viena.

Daugelyje kiekybinių tyrimų buvo patvirtintos reikšmingos sąsajos tarp pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės ir išgyvenamo distreso. Visgi galima apibendrinti, kad kiekybiniais tyrimais gautos nevaisingumo gydymo naštos, kurią patiria pacientai, vertinimo išvados pateikia tik dalinį, fragmentišką supratimą, atspindintį gydomų asmenų išgyvenimų paveikslą. Apžvalginių publikacijų autoriai taip pat pripažįsta, kad vis dar trūksta tyrimų, atskleidžiančių nevaisingumo gydymo nesėkmių išgyvenimo procesus per tai, *kaip* jie yra patiriami (Verhaak et al., 2007).

Hjelmstedt ir kiti (cit. iš Greil et. al., 2010) teigimu, tiek moterys, tiek vyrai, susidūrę su procedūrų nesėkmėmis, išsako jaučią neteisybės jausmą, tačiau moterų išgyvenimai būna labiau susiję su jų stipriai susvyravusios savivertės, nesėkmės kaip nepelnytos bausmės klausimais, pavydu vaisingoms, natūraliai pastojusioms ir vaikus auginančioms moterims, taip pat atsirandančia senkančio laiko („biologinio laikrodžio „tikėjimo“) nuojauta. Kita vertus, vyrai savo išgyvenimus linkę dažniau sieti su kontrolės praradimo išgyvenimu, smūgiu suvoktam vyriškumui, vyriško savivaizdžio pažeidimu (Kraft et al., 1980). Pabrėžtina, kad dažnais atvejais moterys procedūros nesėkmę išgyvena kaip savo pastangų žlugimą, o jų suvokta nesėkmė prilygsta tiesioginiam smūgiui savajam tapatumui. Vyrai šią nesėkmę priima netiesiogiai, t. y. per partnerės patiriamą nesėkmę (Greil et. al., 2010). Verta paminėti, kad kai kurie tyrėjai mini ir tokių tyrinėjimų ribotumus teigdami, kad kartais taip ir lieka neaišku, ar tam tikros emocinės pasekmės yra labiau susijusios su ilga nevaisingumo trukme ar specifiskai tik su procedūrų nesėkmės faktu, nes daugumos tyrimo dalyvių pateiktos įžvalgos yra vertinamos retrospektyviai, o prisiminti ir įvertinti procedūros nesėkmės išgyvenimą be bendro nevaisingumo problemos daugialypio konteksto nepavyksta.

Didelė tyrimų dalis taip pat skiriama ir pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės įveikos strategijų klausimams. Tokių tyrimų publikacijas apžvelgę Greil ir kiti (2010) mini, kad moterų išgyvenamą distresą dėl patiriamos nesėkmės visų pirma mažina partnerio palaikymas, taip pat šeimos (artimųjų) teikiama emocinė parama, glaudus tarpusavio ryšys. Moters sėkmingesnei nesėkmės įveikai ypač svarbus jos subjektyvus situacijos suvokimas: jei susidariusią situaciją moteris vertina kaip *iššūkį*, jos išgyvenama psichologinė kančia yra mažesnė nei moters, kuri nerezultatyvų gydymą vertina kaip *nesėkmę* arba laimės sąvoką kategorizuoja vien sąsajoje su motinystės vizija (Hansell, Thorn, Prentice-Dunn, & Floyd, 1998; Broliai ir Maddux, cit. iš Greil et al., 2010). Jordan ir Revenson (1999) metaanalizėje pateikiamos išvados dėl moterims būdingų nevaisingumo gydymo nesėkmės įveikos strategijų, susijusių su aktyvesniu socialinės paramos siekiu, problemos sprendimo planavimu, tačiau ir vengimo, pasitraukimo iš situacijos atvejais. Be to, moterims ypač svarbu ne tik jų pačių, bet ir partnerio naudojamų strategijų pobūdis. Kita vertus, nustatyta, kad vyrų išgyvenamos neigiamos emocijos tik dar labiau suintensyvėja, jei partnerės siekia atviro ir dažno bendravimo nevaisingumo ar gydymo nesėkmės temomis. Vis tik autoriai mini, kad nors nerezultatyvaus nevaisingumo situacija kelia tarpusavio ryšio ir atviro bendravimo pokyčių, visgi kai kuriuos partnerius gydymo nesėkmė suartina, o jų patirtyse taip pat esama ir naujai suvoktų, abipusiai svarbių, tarpusavio ryšį stiprinančių aspektų.

Įdomios paminėti tiek kiekybinių, tiek kokybinių metodikų strategijas taikiusios Lenkijos mokslininkės atlikto tyrimo išvados, teigiančios dažnesnį moterų polinkį pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmių išgyvenimą generalizuoti ir kitoms gyvenimo sritims. Tyrėjos nuomone, nevaisingumo ir jo sprendimų procesas neišvengiamai tampa lėtine krize, o bendros situacijos išgyvenimas – visos moterį supančios tikrovės specifine interpretacine gaire. Minėta krizė ilgainiui brangiai „įkainojama“ psichologinių resursų prasme. Anot autorės, pagrindinę šios „psichologinės kainos“ dalį sudaro vilties matmuo, kuriam kaskart sumažėjus po pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės, ženkliai išauga kitų psichologinės sveikatos resursų poreikis (Dembńska, 2014).

* * *

Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimą, kaip daugiamatį reiškinį, neabejotinai galima analizuoti iš skirtingų perspektyvų. Tai suponuoja nevaisingumo gydymo veiksmų įvairiuose kontekstuose aptarimą. Kita vertus, kaip ir minėta, procedūros nesėkmės išgyvenimas apima įvairius patirties etapus (nevaisingumo diagnozavimą; nevaisingumo gydymą, netaikant intervencijų; tolesnės gydymo pagalbinėmis priemonėmis taktikos pasirinkimą; gydymo (tarpinių tyrimų ir procedūrų) eigą; pasirinktos procedūros atlikimo dieną; nėštumo patvirtinimo laukimo laikotarpį, gydymo tęsinį esant sėkmingam nėštumui arba žinią apie procedūros nesėkmę; fiziologinius pokyčius ir kūno

savireguliacinius procesus, baigus gydymą; galimas gydymo komplikacijas ar laikiną liekamąją simptomatiką; nėštumo nutrūkimą). Taigi procedūrų nesėkmės laikotarpį pastoti bandančios moterys gali vertinti labai skirtingai.

Užsienio šalyse atliktų nevaisingumo ir jo gydymo tyrimų rezultatai nevienareikšmiai, o skirtų specifiskai tik gydymo nerezultatyvumo išgyvenimams aptarti taip pat nėra labai daug. Lietuvoje su nevaisingumo gydymu susiduriančių asmenų išgyvenamos nesėkmės patyrimo tyrimų nėra. Šie aspektai ir padėjo pasirinkti tyrimo kryptį, suformuluoti tyrimo tikslą.

1.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas – atskleisti pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės išgyvenusių moterų patyrimą.

Darbo uždaviniai:

1. Atskleisti, kaip pagalbinio apvaisinimo procedūras patyrusios moterys apibrėžia išgyventos procedūros nesėkmės patyrimą ir aprašyti šio patyrimo struktūrą.
2. Atskleisti, kaip moterys supranta ir įprasmina išgyventos nesėkmės patyrimą emociniu, kognityviniu ir elgesio požiūriu.
3. Ištirti, kaip pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė keičia moters savivaizdį, tarpasmeninių santykių vertinimą, nuostatas, požiūrį į tolesnį nevaisingumo gydymą.
4. Suformuluoti bendrą pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimą.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo metodo pasirinkimo pagrindimas

Nevaisingumo gydymui pagalbinio apvaisinimo procedūras pasirinkusių ir jų nesėkmes išgyvenusių moterų patyrimo tyrimo metodo pasirinkimą galima būtų pagrįsti dviejų pagrindinių aspektų požiūriu: kokybinės tyrimo paradigmos ir fenomenologinės analizės metodo (pagal A. Giorgi) prasme:

- **Kokybinės tyrimo paradigmos pasirinkimas.** Kokybinis metodas pasirinktas, atsižvelgiant į dominantį tyrimo objektą – žmogiškąjį patyrimą. Kokybinis tyrimas grindžiamas tuo, kad savo psichologinę realybę kiekvienas žmogus kuria būtent savo patyrimo pagrindu (Smith, 2015; Giorgi, 2014). Klausimyno forma kiekybiniuose tyrimuose neleidžia tyrimo dalyviams visapusiškai aprašyti savo patyrimo, o tyrėjui – apibrėžti fenomeno. Kadangi kokybiniais metodais visų pirma siekiama geriau suprasti reiškinių, apie kurį dar mažai žinoma (Strauss & Corbin, cit. iš Girdzijauskienė, 2006), mažai tyrinėtam pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimui šis metodas tinka ir dėl pernelyg siauros tyrinėjimų apimties. Dar vienas svarbus aspektas – tai tarp pastarųjų kelerių metų mokslinių šaltinių dažnėjanti tendencija aptarti kokybinių metodų tinkamumą būtent sveikatos psichologijos srities temoms. Minimas holistinis ir į asmenį orientuotas kokybinės paradigmos požiūris esąs tinkamu priartėti prie tyrimų dalyvių patirčių ne tik tam, kad geriau pažintume jų išgyvenamą realybę ligos ar gydymo proceso akivaizdoje, bet ir tam, kad toks pažinimas taptų atspirties tašku, gerinant aplinką (arba net ir priimant konkrečius sveikatos apsaugos sistemos ar politikos sprendimus), kurioje tokie subjektyvūs patyrimai reiškiasi (Malagon-Maldonado, 2014). Taigi unikali sudėtingo gydymo nesėkmes išgyvenančio žmogaus patirtis gali iškristalizuoti taip pat ir naudingų įžvalgų dėl nevaisingumo iššūkį priimančiojo įvairiapusės (ne tik medicininės) pagalbos lūkesčių ar prieinamumo galimybių: nuosekliai atliepus ilgalaikę nevaisingumo problemą sprendžiančių asmenų emocinius poreikius, būtų galima bent iš dalies mažinti nevaisingumo ir jo gydymo naštos intensyvumą, su juo susijusią riziką ilgainiui tapti užsitęsusių psichikos sveikatos sunkumų ar naujai atsirandančių somatinių skundų turinčiais pacientais.

- **Fenomenologinės analizės metodo pasirinkimas.** Fenomenologinė analizė pagal A. Giorgi – vienas pirmųjų metodų, paremtų filosofo Husserl fenomenologijos prielaidomis, turinčių labai aiškia struktūrą ir dėl to sąlyginai paprastesnis bei tinkamas taikyti, imantis psichologinio reiškinio kokybinio tyrimo, neturint didelės kokybinių tyrimų metodų taikymo patirties. Šį pasirinkimą taip pat nulėmė tikslas atskleisti su pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmėmis susidūrusių moterų patirties fenomeno struktūrą ir aprašyti tuos unikalius išgyvenimus, kuriuos pati tyrimo dalyvė įvardija kaip subjektyviai reikšmingus ilgalaikiame nerezultatyvaus nevaisingumo gydymo procese.

Kaip teigia Smith (2015), tarp A. Giorgi fenomenologinės ir J. A. Smith interpretacinės fenomenologinės analizių (IFA) yra daug panašumų, todėl patirties įprasminimui tirti pagrįstai būtų galima rinktis ir pastarąjį metodą, nes IFA siekia atskleisti, kaip tyrimo dalyviai suteikia *prasmę* savo asmeniniam pasauliui. Visgi A. Giorgi fenomenologinės analizės metodas pasirinktas dėl užduoties aprašyti pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo fenomeno struktūrą (t. y. ieškoti tyrimo dalyvėms pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmių patirtyje reikšmingų išgyvenimų bendrų bruožų), taip pat nebuvo siekta skatinti pačias tyrimo dalyves interpretuoti išsakomą pasakojamos situacijos reikšmingumą ir netaikyti interpretacinės analizės aprašant duomenis (t. y. nesiekama situacijoms suteiktų prasmų daugiasluoksniškumo analizės) ir, galiausiai, atsižvelgiant į nevaisingumo gydymo, kaskart pasibaigdavusio vis nauja nesėkme, tematikos „sunkumą“, galimą skausmingumą, tyrimui buvo kviestos tos dalyvės, kurių nesėkmingo pagalbinio apvaisinimo procedūrų patirtis jau buvo „nutolusi“ laike (t. y. išlaikytas esminis skirtumas su IFA, kur tyrimo dalyvis interviuojamas kaip „dar vis esantis patyrimė“). Dėl to, kad tyrimo tikslas nenusako siekio atskleisti, *kaip* tyrimo dalyvis kalba apie savo patyrimą, nebuvo pasirinkta ir diskursinė (kalbos) analizė. Grindžiamoji teorija kaip metodas atkrito dėl to, kad šiuo tyrimu nesiekama paaiškinti, *kokie faktoriai ar veiksniai lėmė* konkretaus tyrimo dalyvio nevaisingumo gydymo nesėkmių įprasminimo pobūdį, o naratyvinė analizė tyrimui netiko dėl to, kad tyrėją domino fenomeno, o ne tyrimo dalyvio *pasakojimo struktūra*.

Fenomenologinė analizė – tai aktyvus procesas, kurio metu tyrėjas naudodamasis savo protu kaip instrumentu, nukreipia tyrimo dalyvio sąmonės srautą į tiriamo fenomeno išgyvenimą, o gautam turiniui analizės metu suteikia aiškią ir suprantamą žodinę išraišką, kuri atitiktų autentiškos patirties esmę ir būtų maksimaliai suprantama kitam, su analize nesusijusiam asmeniui (Giorgi, 2014). Jis remiasi tokiomis prielaidomis:

1. Nėra bendros realybės, kurią visi suvoktume, bet yra fenomenologinis laukas, kurį kiekvienas suvokiame atskirai.
2. Sąmonė geba pažinti reiškinių esmę.
3. Sąmonė yra intencionali.
4. Reiškiniai pažįstami taip, kaip jie pasireiškia.

2.2. Tyrimo dalyviai

Pagal pradinę tyrimo idėją, pagalbinių apvaisinimo procedūrų nesėkmių išgyvenimo patyrimo ekspertėmis buvo kviečiamos tapti poros, išbandžiusios įvairų nevaisingumo gydymą. Po to kai numatytą laikotarpį į kvietimą dalyvauti tyrime atsiliepiamų nesulaukta, keitėsi ir pati tyrimo idėja. Antruoju kvietimu dalyvauti tyrime buvo prašomi asmenys – atskirai vyrai ir moterys (ne vienos poros nariai), susidūrę su pagalbinių apvaisinimo procedūrų nesėkmėmis. Į kvietimą atsiliepė vienas vyras, norėjęs pasidalinti savo nevaisingumo poroje patirtimi. Kadangi tai buvo asmuo, gyvenantis poroje, kuriai nebuvo taikytas nevaisingumo gydymas pagalbinių priemonėmis, į tolesnį dalyvių atrankos etapą jis nebuvo įtrauktas dėl turimos patirties, neatitinkančios dalyvių atrankos kriterijų. Ilgainiui pakartotinai nesulaukus daugiau galimų tyrimo dalyvių, dar kartą buvo keičiama tyrimo idėja, o dalyvauti tyrime buvo kviečiamos tik moterys.

Siekiant tyrimo dalyvių grupės homogeniškumo reikalavimo, į dviejų dalyvių prašymus dalyvauti tyrime neatsižvelgta dėl situacijos, kurioje ilgai trukęs nevaisingumo gydymas, galiausiai baigėsi sėkmingu rezultatu: keliama prielaida, kad, nepaisant išgyventų kelių pagalbinių apvaisinimo procedūrų nesėkmių, užtrukusi nevaisingumo gydymo patirtis, esant sėkmingam rezultatui, situatyviai skiriasi nuo tų tyrimo dalyvių, kurių nevaisingumo gydymas buvo ar vis dar yra nerezultatyvus. Vienos dalyvės interviu medžiaga neįtraukta į tolesnę analizę dėl kriterijų neatitikimo (interviu metu išryškėjusio sunkumo reflektuoti išgyvenamą patirtį, kuri tyrimo metu buvo susijusi ne tik su patirta pagalbinių apvaisinimo procedūros nesėkme praeityje, bet ir tyrimo metu pradėtu nauju nevaisingumo gydymo ciklu). Taigi tyrime buvo analizuoti tik tie pasakojimai, kuriais pasidalino šešios tyrimo dalyvės. Vidutinis tyrimo dalyvių amžius – 40 metų.

Pagrindinės tyrimų dalyvių charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje. Patyrimo ekspertės buvo atsiliepusios į kvietimą dalyvauti tyrime, platintą kelis kartus skirtingais 2019 metų periodais (pavasarij, vasarą, rudenį) keliuose specializuotuose socialiniuose tinkluose internete, įskaitant Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų vaisingumo centro (pav. – *Pagalbinis apvaisinimas*) ir Vaisingumo asociacijos (pav. – *Laukiantiems*) specializuotuose puslapiuose. Kvietimas taip pat buvo platinamas praktikuojančių psichologų ir psichologų-psichoterapeutų asmeniniuose socialinio tinklalapio Facebook profiliuose, dalyvauti tyrime asmenys jų buvo kviečiami ir asmeniškai.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių nevaisingumo situacijos esminės charakteristikos

<i>Tyrimo dalyvė</i>	<i>Nevaisingumo gydymo trukmė</i>	<i>Nevaisingumo etiologijos faktorius</i>	<i>Procedūros (tipas, skaičius)</i>	<i>Laikotarpis nuo paskutinės procedūros</i>
Elena*	22 metai	neaiškios kilmės**	IVF (1)	2 metai
Gerda	13 metų	neaiškios kilmės**	IUI (1); IVF (1)	2 metai
Nora	4 metai	vyro nevaisingumas	IUI (1); IVF (nutrūkęs)	10 metų
Rūta	3 metai	vyro nevaisingumas	IVF (2)	1,5 metų
Livija	22 metai	neaiškios kilmės**	IUI (1); IVF (6)	5 metai
Saulė	5 metai	neaiškios kilmės**	IUI (3)	2 metai

Pastabos. * Lentelėje ir tolesnėje tyrimo dalyvių interviu medžiagos analizėje pateikiami koduoti tyrimo dalyvių vardai.

** Ženklų pažymėti atvejai, kai iki pagalbinio apvaisinimo procedūrų taikymo moterys buvo išgyvenusios vieną ir daugiau savaiminių nėštumo nutrūkimų ar prieš laiką gimusio kūdikio netektį.

Atsižvelgiant į keliamą darbo tikslą ir specifiką, tyrimo dalyvės buvo atrinktos tikslingai pagal šiuos kriterijus:

- tyrimo dalyvė turėjo būti suaugęs žmogus;
- tyrimo dalyvė savanoriškai sutiko dalyvauti tyrime;
- tyrimo dalyvė gebėjo reflektuoti savo patirtį;
- iki tyrimo turėjo būti susidūrusi su nevaisingumo gydymu, kurio metu buvo taikyta bent viena pagalbinio apvaisinimo procedūra (bet kurio tipo);
- tyrimo dalyvei taikytas nevaisingumo gydymas pagalbinėmis priemonėmis buvo nesėkmingas;
- tyrimo dalyvė neturi vaikų;
- nuo paskutinės pagalbinio apvaisinimo procedūros turėjo būti praėjęs pakankamas laikotarpis tam, kad tyrimo dalyvė gebėtų kaip galima geriau papasakoti savo išgyventą situaciją. Geriausiai patyrimo refleksijai, kaip mini A. Giorgi (2014), turėjo būti praėję bent vieneri metai nuo išgyventos situacijos.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimo duomenys buvo renkami giluminio pusiau struktūruoto interviu būdu, kiekvienai tyrimo dalyvei užduodant vieną pagrindinį klausimą:

Prisiminkite prašau ir papasakokite konkrečią situaciją ar aplinkybes, kurios Jums atrodo svarbios tuo laikotarpiu, kai išgyvenote atliktos pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmę.

Interviu metu „centrinis“ dėmesys buvo telkiamas į konkrečią, specifinę situaciją ir į joje išgyventus jausmus. Papildomi klausimai (Kas tuomet vyko? Kas tuomet buvo šalia? Ką Jūs pagalvojote? Kaip tąsyk jautėtės?) buvo iš anksto suformuluoti tik siekiant, jei prireiktų, patikslinti tyrimo dalyvės mintis ar paskatinti pasakojimo tęsinį. Atsižvelgiant į tyrimo dalyvės pasakojimo turinį, minčių seką, papildomi, pasitikslinimui skirti klausimai būdavo performuluojami kiekvieno interviu metu, t. y. „suasmeninami“ pagal pasakojimo turinį, „nepametant“ situacijos tikslinimo krypties.

Visi interviu, kurių trukmė nuo 70 iki 120 minučių, buvo įrašyti į diktofoną, vėliau transkribuojami taip, kad medžiagoje atsiskleistų ne tik žodinė informacija, bet ir pokalbio metu užfiksuotos tyrimo dalyvių neverbalinės reakcijos. Transkribuoti interviu ir jų analizė sudaro 249 puslapius.

Tyrimo dalyvės buvo supažindintos su tyrėją dominusia tema, tyrimo eiga, atsakyta į kilčius klausimus. Prieš interviu tyrimo dalyvėms taip pat buvo pranešta informacija dėl preliminarinio pokalbio trukmės, anonimiškumo užtikrinimo ir tolesnio duomenų panaudojimo. Tyrimo dalyvėms buvo suteikta galimybė atšaukti savo sutikimą dalyvauti tyrime per savaitę nuo duomenų surinkimo, t. y. interviu dienos. Visa ši informacija buvo paaiškinta įvadinio pokalbio, vykusio telefonu, metu, sutarta dėl tyrimo dalyvėms patogaus interviu laiko ir vietos. Esminė interviu sąlygų informacija taip pat pakartota, priminta ir prieš patį interviu. Prieš interviu tyrimo dalyvės pasirašė dalyvavimo tyrime sutikimą, kurio forma pateikiama 2 priede.

Pokalbiai su tyrimo dalyvėmis vyko 2019-2020 metais. Trys interviu vyko tyrėjos kabinete Vilniuje, du – tyrimo dalyvių nurodytose vietose Vilniuje ir Vievėje, laikantis esminės interviu sąlygos – pokalbiuose dalyvavo tik tyrimo dalyvė ir tyrėja. Atsižvelgiant į 2020 m. kovą šalyje paskelbtą valstybės lygio ekstremalią situaciją ir įvestą karantiną bei su juo susijusius socialinius apribojimus, vienas interviu vyko nuotoliniu būdu, naudojantis viena iš informacinių technologijų priemonių.

Nors darbo rengimui pasirinkta tema tyrėjai nauja, tačiau apsisprendimas ją nagrinėti, plėtoti fenomenologinės analizės pagrindu – tai nuoseklus ir tęstinio įdirbio rezultatas. Fenomenologinės analizės metodo tyrėja mokėsi 2015 metų spalį – gruodį, dalyvaudama Fenomenologinių tyrimų instituto organizuotame seminarų cikle „Fenomenologiniai tyrimo metodai“ (lektorė – dr. Agnė

Matulaitė) ir anksčiau rengtus darbus (*Psichologijos* studijų programoje rengtą kursinį darbą ir baigiamąjį Bakalauro darbą) atliko, taikydama fenomenologinės analizės metodą. Metodo taikymo įgūdžius tyrėja nuosekliai gilino 2019-2020 metais Fenomenologinių tyrimų instituto organizuotuose grupinės supervizijos cikluose.

Tyrėjai taip pat yra tekę patirti nevaisingumo gydymą, taikant pagalbinio apvaisinimo procedūras, tačiau ši patirtis yra pakankamai nutolusi laike, patirties pasekmės buvo ilgą laiką analizuojamos ir „perdirbamos“ asmeninės psichoterapijos sesijose. Be to, minėta patirtis yra situatyviai kitokia, nei tyrimo dalyvių: tyrėjai taikytas gydymas buvo sėkmingas. Nepaisant šių aspektų, nevaisingumo gydymo specifikos pažinimas iš dalies kėlė pavojų iš tyrėjos tapti patyrimo „eksperte“, tačiau duomenų analizės metu pildytos dienoraščio pastabos bei A. Giorgi metodo ekspertės (dr. Agnės Matulaitės) konsultacijos grupinių supervizijų metu padėjo išsaugoti kuo atviresnį santykį tiriamo fenomeno požiūriu.

Kita vertus, asmeninė patirtis buvo ne tik rizikos veiksnys, tačiau kartu ir padėjo užmegzti šiltą ir pasitikėjimu grįstą kontaktą su tyrimo dalyvėmis, „išbūti“ su interviu metu jautriais ir skausmingais tyrimo dalyvių išgyvenimais, gauti atvirą ir išsamią tyrimo medžiagą.

2.4. Duomenų analizė

Duomenų analizė pradėta po to, kai buvo surinkti visi interviu. Interviu duomenys analizuoti vadovaujantis metodo autoriaus pateikta analizės struktūra (Giorgi, 2014):

- Skaitomas visas tekstas tam, kad būtų suvokta teksto visuma, bendra teksto prasmė.
- Visuma skaidoma į prasminius vienetus. Prasminiai vienetai išskiriami tose teksto vietose, kuriose keičiasi tyrimo dalyvio mintis, nuotaika, mintis nutrūksta arba kalboje daroma pauzė.
- Prasminiai vienetai perrašomi trečiuoju asmeniu ir būtuojų laiku, kad pasakojimas „atitoltų“.
- Prasminiai vienetai transformuojami į psichologinę kalbą.
- Prasminiai vienetai sujungiami į nuoseklų tekstą, išskiriant tik tai, kas padeda suformuluoti fenomeno esmę.
- Suformuluojamas bendras visai tyrimo dalyvių grupei fenomeno struktūros apibrėžimas.

Tyrimo duomenys analizuoti pagal metodo logiką, kurią nusako esminiai principai:

- **Fenomenologinė redukcija**, pabrėžianti susilaikymą nuo išankstinių nuostatų ir teorinių prielaidų tiriamo fenomeno atžvilgiu.
- **Patirties aprašymas**, reikalaujantis išlaikyti patirties aprašymo tikslumą bei detalumą.
- **Patyrimo esmių struktūros paieška**, teigianti pastangų nukreipimą į esminių patirties sudedamųjų dalių paiešką.
- **Intersubjektyvumas**, reikalaujantis pripažinti ir visuomet turėti minty, kad fenomeno esmių paieškose dalyvauja ne tik tyrėjas, bet ir dalyvis, vadinamas „bendratyrėju“ (De Castro, 2003).
- **Epoche**, reikalaujantis kiek įmanoma „suskliausti“ savo turimą patirtį (Giorgi, 2014).
- Tyrimo duomenų analizės patikimumui ir skaidrumui užtikrinti rezultatų aptarime aprašytos fenomenų sudedamosios dalys ir apibendrinimai pagrindžiami interviu citatomis, aiškiais nuorodomis į interviu turinį. Visi fenomenologinio tyrimo interviu, analizė bei duomenų analizės metu pildytų dienoraščio pastabų pavyzdžiai pateikiami atskirame segtuve (žr. Magistro darbo papildomas segtuvas).

3. REZULTATAI

Atlikdama tyrimą kėliau tikslą atskleisti pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės išgyvenusių moterų patyrimą, t. y. atskleisti, kaip pačios moterys vertina joms tekusį nevaisingumo gydymą, pasibaigusį nesėkme ar kartotinėmis keliomis nesėkmėmis, kaip ši patirtis suvokiama kognityviniu lygmeniu, išgyvenama emociškai, keičia elgesio artimoje ir tolimesnėje aplinkoje modelius, požiūrį į save, padeda formuluoti įvairias nuostatas, tarp jų – ketinimus, susijusius su tolimesniu nevaisingumo gydymu. Todėl, atsižvelgdama į pagrindinį klausimą dėl išgyventos pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės reikšmingumo, kiekvienos tyrimo dalyvės pasakojime, kurių aprašymai pateikti šio darbo 3-8 prieduose, pirmiausia išskiriu esminius patyrimo aspektus. Šių aspektų fenomenologinės struktūros sudarymo pagrindu pateikiu kiekvienos tyrimo dalyvės atskirą procedūros nesėkmės patyrimo apibrėžimą ir, galiausiai, suformuluoju bendrą moterų pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimą. Tyrimo rezultatai aptariami atsižvelgiant į *Ivado* dalyje pristatytus nevaisingumo gydymo nesėkmės aspektus: psichologinius padarinius, tapatumo, savivertės, tarpasmeninių santykių pokyčius, įveikos ypatumus. Toks aptarimas yra papildomas naujomis, duomenų analizės metu kilusiomis įžvalgomis dėl tyrimo dalyvėms prasmingų pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės išgyvenimų, apie kuriuos *Ivado* dalyje nebuvo užsiminta.

3.1. Fenomenų apibrėžimai

Elenos pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė Elenai – neigtas, vėliau įsisąmonintas sudėtinis, laike nenutrūkstantis, retraumatizuojantis patyrimas, suakumuliuojantis stiprią emocinę naštą ir keliantis ambivalentišką bendravimo poreikį. Ši emocinė našta jungia vidinės tuštumos, kaltės, savigailos išgyvenimus, antrinamus naujų įžvalgų gausa. Kognityviniame lygmenyje Elenos svarstymai nukreipiami į defektuotos savasties, savojo Aš vientisumo praradimo, savęs kaip *nesėkmės indo* vertinimo pripažinimą. Procedūrų nesėkmės įveikai išbandomi fiziškai aktyvūs savipagalbos būdai, priimama direktyvi nuostata dėl griežtos minčių apie nesėkmę ir su ja susijusią emocinę būseną kontrolės.

Gerdos pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė Gerdai – tai sudėtinis, kelias nesėkmes apjungiantis, tačiau ryžto tęsti nevaisingumo gydymą nesumažinantis patyrimas, skatinantis Gerdą giluminei savojo tapatumo, tarpasmeninio santykio su sutuoktiniu ir gyvenimo bevaikystėje klausimo analizei. Nesėkmė šioje patirtyje suveikia lyg indikatorius, patikrinantis Gerdos vertybių tvarumą. Emociniame lygmenyje nesėkmė siejasi su beviltiškumo, bejėgystės, pykčio protrūkių išgyvenimais, lydimais minčių apie moters defektumą, nesėkmę kaip išbandymą bausme, tačiau ir įžvalgų apie neribotas kūno galias. Gerdos išgyvenama procedūros nesėkmė provokuoja jai nebūdingą elgesio modelį, tačiau taip pat yra ir erdvė keisti bendravimo su sutuoktiniu tradiciją.

Noros pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė Noros vertinama kaip ribinė situacija, netektis, akumuliuojanti kitų skausmingų išgyvenimų (artimųjų netekčių) emocinę naštą, išlaikanti nuolatinio vidinio konflikto (tarp noro turėti kūdikį ir vengimo pastoti esamoje santuokoje) pojūtį bei katalizuojanti tarpasmeninio (santuokinio) ryšio pervertinimą ir radikalių sprendimų priėmimą (netęsti nevaisingumo gydymo, nutraukti santuoką). Emociniame lygmenyje procedūros nesėkmės išgyvenimas lydimas vidinės tuštumos, savikaltos, savigailos, vienatvės, pykčio, baimės ir nuogąstavimų avansu už nesėkmės pasikartojimą ateityje bei, priešingai, emocinio palengvėjimo jausmo. Kognityviniame – nesėkmės patyrimas identifikuojamas kaip užsitęsęs procesas, kuriame svarstoma apie savojo Aš vientisumo praradimą, defektumą, o už nesėkmę prisiimama asmeninė atsakomybė. Apie patyrimą vengiama atvirauti tiek artimoje, tiek tolimesnėje aplinkose, emocinės kančios įveikai ieškoma *saugios zonos* – veiklos, į kurią nukreipiamos mintys apie išgyvenamą nesėkmę.

Rūtos pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmė Rūtai – pradžioje stipriai neigtas patyrimas, ilgainiui atskleidžiantis sąmoningai suvokiamo lūkesčio (turėti kūdikį) ir sąmoningai slypinčios nevaisingumo gydymo baimės dichotomijos, tačiau nesumažinantis motinystės ryžto ir tikėjimo ja ateityje. Procedūrų nesėkmė provokuoja didelę emocijų – pakartotinės nesėkmės baimės, asmeniškai prisiimamos kaltės, pykčio, beviltiškumo sumaištį, dažnai pasireiškiančią emocinio labilumo epizodais. Nesėkmės emociniai išgyvenimai siejasi su laikinu Rūtos elgesio pokyčiu, tačiau ilgainiui tampa erdve atvirumui naujoms patirtims (veikloms ir pomėgiams). Kognityviniame lygmenyje nesėkmės patyrimą antrina Rūtos savivaizdžio svyravimai, tačiau inspiruoja priimti ir naujas nuostatas dėl gyvenimo „čia ir dabar“, eliminuojant fiksaciją vien į nevaisingumo gydymo procesą. Tarpasmeniniame santykiyje procedūrų nesėkmės pagrindu laikomasi vengiančio bendravimo stiliaus, visgi naujos nuostatos padeda nuosekliai stiprinti tarpusavio ryšį ir sutarumą.

Livijos pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Kiekviena pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė Livijos išgyvenama kaip visaapimanti jos pasaulio griūtis, išstinkanti kaip netikėta ir paliekanti sukrečiančios nelaimės, *kryčio į prarają* jausmą. Nesėkmės tarsi „įrėmina“ Livijos gyvenimą vienakrypčio tikslo siekyje, neleidžiant perorientuoti jos minčių ir prioritetų kita linkme, turėti atsarginį gyvenimo scenarijų. Nevaisingumo gydymo nesėkmių patyrimą lydi dideli emociniai išgyvenimai: nuolatinė įtampa, nerimas, baimės, tačiau nepilnavertiškumo jausmo išvengiama. Livijai būdinga vengti kalbėti nevaisingumo gydymo ir nesėkmių tema artimojoje aplinkoje, polinkis aptarti sunkumus savo šeimoje minimalus, tačiau su tolimesnės aplinkos asmenimis išgyvenimais pasidalinama atviriau. Nesėkmės patyrimo atsiskleidžia Livijai įprasto elgesio modelio (emocinių išveikų, konfliktnio elgesio) aspektai. Nesėkmių kontekste Livijos sprendimai (dėl tęstinio gydymo, santuokos) dažnai svyruoja, tačiau kai kurios nuostatos ir pasirinkimai tampa, priešingai, itin aiškūs.

Saulės pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimo apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo nesėkmė Saulės generalizuojama visaapimančios gyvenimo griūties suvokimu, kuris ilgainiui permąstyta transformuoja jos pradinę fikciją dėl trokštamos motinystės į nuoseklų susitaikymą su bevaikyste, taip pat priimant sprendimą baigti nevaisingumo gydymo procesą. Su nesėkme susiję išgyvenimai kelia didelę emocijų ir minčių sumaištį. Išgyvenamų emocijų požiūriu, į nesėkmę Saulė reaguoja sukylančiu pykčiu, dideliu baimingumu (taip pat ir baime dėl procedūros nesėkmės tikimybės ateityje), nusivylimo, suasmenintos kaltės jausmu, nuolat išgyvena vieatvę. Saulė nelinkusi atvirauti dėl nevaisingumo gydymo nesėkmių su artimos aplinkos asmenimis, taip pat vien minimaliai aptarti daugiau gydymo technines detales savo šeimoje, tačiau yra atviresnė su keliais tolimesnės aplinkos žmonėmis procedūroms pasibaigus. Kognityviniame lygmenyje nesėkmės patyrimas identifikuojamas kaip užsitęsęs procesas, kuriame svarstomos įžvalgos apie savojo Aš vientisumo praradimą, defektuotą, nevisavertį savivaizdį. Išgyventų procedūrų nesėkmių akivaizdoje Saulei tampa svarbios savianalizės pastangos ir jos metu išsigrūnintos nuostatos dėl savo poreikių, motinystės lūkesčių, gyvenimo bevaikystėje galimybių ir nuolankaus situacijos priėmimo.

3.2. Bendras fenomeno apibrėžimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmę tyrimo dalyvės išgyvena kaip laike išsitęsusį, fiziškai ir emociškai sukrečiantį, nelengvai įžodinamą procesą. Savo trukme nesėkmės išgyvenimas „skyla“ į atskirus bendro nevaisingumo gydymo laikotarpio fragmentus – ilgo pasiruošimo, pagalbinio apvaisinimo procedūros, žinios apie nesėkmę epizodą ir laikotarpį po nesėkmės fakto, skiriamą nesėkmės priėmimui. Nesėkmė dažnai akumuliuoja kitų kontekstiškai skausmingų išgyvenimų emociinę naštą ir yra įsisąmoninama kaip ribinė situacija, netektis (gyvenimo krypties, vilties, lūkesčių, pastangų, kūrybiškumo) ir sukianti kitų netekčių (artimų žmonių, nėštumų nutrūkimų, santykių) prisiminimus. Toks išgyvenimas sukelia minčių (samprotavimų apie savojo Aš vientisumo praradimą, defektuotą savastį, nepilnavertiškumą, išbandymą bausme) ir emocijų (beviltiškumo, bejėgystės, pykčio, baimės, savigailos, asmeniškai priimamos kaltės, vidinės tuštumos, vieatvės) sumaištį.

Šis išgyvenimas laikinai keičia ir tarpasmeninius santykius (emociškai nutolstama nuo partnerio, izoliuojamasi nuo aplinkos), bendravimo stilių (vengiama atvirumo nesėkmės tema, nekalbama apie jausmus), o kartais subrandina radikalius sprendimus (nutraukti santuokinį ryšį).

Ilgainiui pagalbinės apvaisinimo procedūros patirtis įprasminama kaip nauja savianalizės galimybė (tapatumo, atliekamų vaidmenų, motinystės poreikio, lūkesčių persvarstymas), taip pat naujų prioritetų sukūrimo erdvė (darbo, pomėgių), kuri leidžia išgryninti įvairias nuostatas (dėl nevaisingumo gydymo paslaugų tvarkos, savo bendravimo stiliaus su išorine aplinka), ieškoti biologinei motinystei alternatyvių galimybių (vaiko globos, įvaikinimo). Nesėkmė skatina apsvarstyti ir priimtini sprendimus ir dėl tolesnio nevaisingumo gydymo (stabdyti, nutraukti, palikti natūraliai tėkmei), tačiau sugrąžina ir prie visaverčio gyvenimo kūrimo, net ir su laiku ramiau priimant bevaikystės faktą, bet visuomet paliekant viltį motinystės stebuklo tikimybei.

Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmė yra galimybė tyrimo dalyvių iniciatyvumui, atvirumui naujai patirčiai, gebėjimams, naujiems įgūdžiams formuotis.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Būtiną gydymą, kuriam sunku pasiruošti

Remiantis tyrimo dalyvių išsakytomis mintimis, pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimas susijęs su visą nevaisingumo gydymo ciklą apimančiu procesu: nuo pat proceso pradžios – sprendimo priėmimo dėl nevaisingumo gydymo pagalbinėmis priemonėmis, pasiruošimo etapo ir dar ilgą laikotarpį po procedūros nesėkmės žinios, reikalaujantis daug fizinių ir emocinių resursų. Kaip apibendrina Nora: „*Visa ta situacija sunki*“ (N1), o anot Gerdos: „*Tas laikas jau buvo pakankamai < > ir šiaip emociškai buvo labai labai sunkus*“ (G1). Vienok, net ir žinant, kad nevaisingumo gydymo, taikant, pagalbinio apvaisinimo technologijas išvengti nepavyks, vis dar sunku ryžtis procedūrai, kuri, net ir sąmoningai pripažįstant nenugalimą norą turėti kūdikį, kurį laiką atidėliojama arba nutraukiama, kaip Rūta sako: „*čia, man atrodo, buvo jau daugiau iš mano pusės psichologinis tas susirgimas, nes < > man buvo sunku prie to prieiti (?!), prie viso to vaistų vartojimo, prie visos tos procedūros, tiesiog psichologiškai*“ (R11); „**nes kai jau nusprendėm**, aš, tikriausiai, dar sąmonėje nebuvau dar tiesiog pasiruošusi, nors jau norėjau“ (R13); „*Kaip ir aš galvoju, kad esu jau kaip ir viskam pasiruošusi, bet aš dar nebuvau tam pasiruošusi. Buvau nepribrendus, atrodo < - >.*“ (R99). Noros teigimu: „*dieną prieš aš išėjau dviem valandom iš namų, grįžau, < > vakare temperatūra sukilo. **Paskambinom**¹ gydytojui ir jis viską atšaukė*“ (N13); „*....gresia TA DIDŽIOJI, bauginanti procedūra, kuriai aš dar nebuvau pasiruošusi*“ (N39). Viena tyrimo dalyvė pabrėžė, kad dar ilgą laiką buvo įsitikinusi natūralaus pastojimo tikimybe: „*Nes aš kažkaip įsivaizdavau, kad aš vis tik galiu pati sau pastoti, man nereikia šitos pagalbos jokios, < >*“ (Elena, E6-E7).

Tikslas turėti kūdikį – centrinė gyvenimo ašis

Kaip patvirtina tyrimai, labai dažnai nevaisingumo gydymas siekiant susilaukti kūdikio, ypač gydymo pradžioje, tampa moterų gyvenimo, jų kasdienybės centrine ašimi. Bevaikystės fakto užpildytos mintys ir jas lydintis didelio distreso išgyvenimas ilgainiui sutelkia moterų ryžtą, motyvaciją, mobilizuoja veiksmus, t. y. perdėlioja visą egzistencijos kryptingumą nuolatinio trokštamo kūdikio planavimui. Bevaikystė tampa esmine moterų gyvenimo dalimi (Johansson, & Berg, 2005). Vertindamos savo patirtį visos tyrimo dalyvės ypač pabrėžė nevaisingumo gydymo

¹ Rezultatų aptarime pateiktose tyrimo dalyvių interviu citatose paryškintai (susitapatinimas su partneriu/sutuoktiniu) ar didžiosiomis raidėmis (žodis ar žodžių junginys, išsakomas garsiau, nei įprastai) parašyti sakinių fragmentai paliekami taip, kaip yra pateikiami perrašytuose interviu (žr. Magistro darbo papildomą segtuvą).

specifiškumą: šis procesas išsiskiria visaapimančiu, įtraukiančiu efektu, kai visos mintys ir veiksmai koncentruojami į gydymą ir jo sėkmę. Livijos teigimu: „*Tas visas laikas, kaip čia, tos VISOS MINTYS TIK TAM IR SKIRTOS*“ (L21). Anot Saulės: „*Aš labai pamačiau, kad aš noriu, noriu, noriu vaikų (!)*“; „*Nes lūkestis anksčiau pas mane buvo labai didelis, kad AŠ NORIU, ir visas dėmesys, ir visa koncentracija pas mane į tai, kad man reikia vaiko*“ (S126; S190). Rūta teigia, kad visa kasdienybė buvo fiksuota į procedūrų planavimą, kuris užtrunka, bet laikui bėgant aktualumo nepraranda: „*Nu buvo panašiai tos mintys nuolatinės – tas planavimas planavimas planavimas*“ (R139). Savo kelyje į motinystę Elena ryžtasi priimti tarsi net save pačią transcendojančius sprendimus: „*ČIA BUVO MANO PASKUTINIS KARTAS, KADA AŠ PERĖJAU PER SAVE, KADA AŠ PERLIPAU IR PASAKIAU, NU GERAI, DAR PABANDYSIU, NORS BUVAU SAKIUS, KAD VISKAS*“ (E29-E30).

Minėtina, kad trims tyrimo dalyvėms buvo svarbiau išpildyti motinystės viziją, nei išsaugoti santuokinį ryšį: „*Tai buvo labiau didesnis noras būti ne su tuo žmogumi (!), o turėti vaiką*“ (Gerda, G88); „*Tad pasąmoningai aš ir siekiau to vaiko, ir bijojau, ir nenorėjau turėti nuo to vyro*“ (Nora, N203); „*Ir tada aš sakau: darom toliau. Jisai: „ne, nedarom“. < > Ir aš tada užsispyriau, sakau: duodu tau mėnesį apsigalvoti. Sakau, va, tarkim ten kažkokia mėnesio diena, tai po mėnesio aš išeinu, jeigu tu nepersigalvoji. Ir jis apsisuko ir pamiršo. O išeit aš neturėjau kur / j /. Nebent į sodo sandėliuką / j /. Ir tada išvakarėse aš sakau: rytoj sueina terminas. Ir susikroviau čemodaną ir padėjau į kampą*“ (Livija, L206-L213).

Nesėkmė dar iki fakto, kad nepavyko

Bendrame gydymo procese esama ir suvokto baigtinės procedūros nesėkmės (nepavykusio pastojimo arba ankstyvojo nėštumo nutrūkimo) skaidymo į mažesnes nesėkmes, susijusias su dar pasiruošimo etape skiriamo medikamentinio gydymo nepakankamais rezultatais arba kylančia šalutine fiziologine simptomatika, grasančia nutraukti visą gydymo ciklą: „*vat kai sužinojau, kad turiu tik tris kiaušialąstes, tai aš mintimis „grįžau“ į virtuvę, bet kai aš sužinojau, kad nesivysto, vat tada aš grįžau į tą savaitę. Kraustymasis. Ir tada maniau, ar galėjo būti kas nors kitaip... < > jeigu nebūtų šito laikotarpio*“ (Gerda, G222-G223); „*Teko gerti hormoninius vaistus, kuriuos sunkiai pernešiau. Atsimenu, važiavau pas gydytoją klausti, gal galima būtų juos nuimti, bet sakė „dar palaukiam“* (Nora, N4); „*O kai vėl pradėjau leisti tuos vaistus, tai... < - > tikriausiai, nuo tų visų hormonų < > komplikacijos prasidėjo. Tai gydytoja pasakė, kad, „jeigu nutraukiam, tai viskas – nutraukiam“* (Rūta, R42).

Neišvengiama sėkmės nuojauta ir nesėkmės neigimas

Pagalbinio apvaisinimo procedūra, kaip teigia Johansson ir Berg (2005), nevaisingumo gydymui pasiryžusioms moterims gali teigti ir pozityvių išgyvenimų, stiprinti savivertę ir iš dalies paneigti paties nevaisingumo faktą: intervencija tarsi patvirtina normalų moters kūno funkcionavimą. Kaip rodo atlikta tyrimo dalyvių interviu analizė, po atliktos procedūros buvo laukiama neišvengiamos procedūros sėkmės ir kartais, dar iki nėštumo patvirtinimo tyrimų, kaip teigia Elena ir Nora, buvo jaučiami nėštumui būdingi fiziologiniai pokyčiai, o net ir viena pavėluota moters naujo ciklo pradžios diena buvo siejama su įsitikinimu, kad procedūra pavyko: „*Ir toks atrodo, ANT KIEK KAI ĮTIKI, atrodo va, jau čia tave ir papykina, jau čia ir ant saldumo patraukia – visi ženklai, atrodo, kad tu jau laukiesi*“ (Elena, E56); „*Nes atrodė, kad ta viena diena buvo užsilaikymas ir, atrodė, jau tokia svarbi. Viena atrodė lyg visa savaitė, kad jau pavyko. Ar taip norėjosi, ar taip organizmas sureagavo dėl tos vienos dienos, ar kaip?*“ (Nora, N52); „*Ir kaip jau po to įsodinimo buvo, na, ne visai euforija, bet tas džiaugsmas, kad MUMS TIKRIAUSIAI PASISEKĖ / j /, viskas gerai*“ (Rūta, R26). Todėl situacija, kai nėštumas nėra patvirtinamas arba po procedūros jis nutrūksta labai ankstyvame periode, moterų išgyvenama kaip visiškai netikėtai nutikusi, visą griaunanti nelaimė.

Tyrimo dalyvės procedūros nesėkmės žinią vertina kaip netikrą – taip sunku ja patikėti. Teigiama, kad gydymo metu panaudoti visi turėti vilties ir tikėjimo išteklių tarsi predisponuoja neišvengiamai sėkmingą rezultatą, todėl procedūros nesėkmė išgyvenama kaip tam tikra netektis (vilties, tikėjimo, lūkesčių, pastangų), kuri iš pradžių yra neigiama, atmetama: „*AŠ TAIP TIKĖJAU, KAD BUS TIKRAI*“; „*O JAUSMAS (!) (a), SAKAU, TAS TIKĖJIMAS IR KAD ĮVYKO KLAIDA, JIS PO ŠIAI DIENAI ATRODO, KAD NA, BLIAMBA, KAŽKAS, NA...*“ (Elena, E45; E85-E84); „*Pirmas tai man buvo, kad AŠ NETIKIU. Tikrai buvo tas, kad aš netikiu tuo, ką aš čia dabar gyvenu, ką aš girdžiu (!)*“ (Saulė, S4); „*Kai buvo tikrai labai daug vilčių, kad viskas vyksta gerai < > ir ir, staiga, vieną dieną per pietus išeinu iš darbo ir nebegrįžtu / j /. < - > Na, kai buvo TIEK DAUG SUDĖTA ENERGIJOS IR VILČIŲ, PASTANGŲ*“ (Livija, L10-L12); „*Nieks man neperspėjo, kad ir taip gali būt / j /. Kad gali būt ir va TOKS variantas ir tau teks tą priimti.*“ (Saulė, S42). Kita vertus, nesėkmė tarsi liudija moters kūrybiškumo praradimą, kuri Saulė apibūdina: „*Nu, tu esi ta moteris, kuri po savęs absoliučiai nieko nepalieki, nevaisinga. Nes, nu, vaiko gimimas tai tam tikra kūryba: gimsta, auga, kažkas keičiasi. Tai man toks nubraukimas buvo to kūrybinio viso potencialo, kad tu... nu, ką aš žinau, toks / j / iš pradžių toks tuščias kūnas*“ (S211-S215). Be to, pati žinia apie nesėkmę tiek sukrečianti, kad, nors ir priimama kognityviai, emocinis jos priėmimas lieka izoliuotas, laikinai atskirtas. Elena šį minčių ir emocijų atsietumą apibendrina tokiais žodžiais: „*ir čia taip įvyksta (!) ir, kažkaip dar tuo metu, nu, kaip pasakyti, TU SUPRANTI, KAS ĮVYKO, BET TAI DAR < >, DAR*

NEPALIETĖ TAVO ŠIRDIES GILUMOS, dar nedaėjo iki to“ (E111-E112). Šie rezultatai patvirtina mintį, kad procedūros nesėkmės situacijos išgyvenimas susijęs ne tik su gedulu „netenkant“ galimo turėti kūdikio, tačiau apima ir daugiau netekčių: netenkama savigarbos, kontrolės jausmo, tikėjimo gyvenimo teisingumu (Kraft et al., 1980).

Visaapimanti pasaulio griūtis: procedūrų nesėkmės emociniai išgyvenimai

Kaip jau buvo minėta šio darbo *Ivade*, mokslinėse publikacijose dažnai minima, kad nevaisingumo situacija ir gydymo nesėkmė prilygsta stipriam sukrėtimui ir dažnai įvardijama gyvenimo krize (Baor & Blickstein, cit iš. Dembinska, 2014), krize žmogaus raidos trajektorijoje (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). Nevaisingumas vertinamas vienu dramatiškiausių moters gyvenimo įvykių, kuris pagal sukeliama distresą palyginamas su artimo žmogaus netektimi, skyrybomis, kitais kriziniais išgyvenimais – partnerio neištikimybe, onkologinės ligos patirtimi (Matsubayashi et al., 2004) ir reikalingas naujų įveikos būdų. Johansson ir Berg (2005) apibendrinimu, nevaisingumo gydymo nesėkmę moterys išgyvena, kaip visaapimantį „gyvenimo sielvartą“, kuris tam tikru metu sudaro visos egzistencijos esmę. Toks sielvartas suponuojamas ne tik paties bevaikystės fakto, bet ir kognityvinio vertinimo: manoma, kad tolesnio gyvenimo prasmė yra prarasta, dingsta kūrybiškumo, tęstinumo galimybės. Nesėkmė yra priimama kaip tiek fiziškai, tiek emociškai perskrodžiantis vidinis skausmas, tuštumos išgyvenimas. Livijos teigimu: „**Tai čia mums tokia buvo, nu, katastrofa**“ (L9). Pasak Saulės: „Ir kada tu ant tiek tiki ir ateini ir sužinai tą atsakymą, kad NE (!),“; „tai toks jausmas / j /, kad tu buvai kažkokioj stiklinėj nerealioj vazoj ir viskas sudužo tavy“ (S38-S39). Nora nesėkmės sukeltą pradinį jausmą apibūdina: „ir tas jausmas toks viduj – KAD NIEKO NĖRA, kaip šieno kupeta, kad TUŠČIA – ir sieloj, ir viduj nieko nėra“ (N185).

Kiekviena pagalbinės procedūros nesėkmė kelia emocijų ir minčių sumaištį, Elenos apibendrinama: „Tai va tas toksai (a) < > chaosas, aš taip sakyčiau, galvoj. Toks išsidarkymas toksai, aišku, jau ten... toks suzombėjimas, kada tiesiog eini namo ir tu čia VERKI, ČIA IŠ VISO TU ŽIŪRI Į VIENĄ TAŠKĄ ir < >, nemoku papasakot, kažkaip, sakau“ (E95-E96). Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad šią sumaištį išgyveno visos tyrimo dalyvės.

Daugelyje mokslinių šaltinių pabrėžiama, kad nevaisingumo ir jo gydymo nesėkmių sukeltus emocinius išgyvenimus galima suskirstyti į kelias pagrindines grupes: baimių ir nerimo, vienišumo ir kaltės, sielvarto/gedulo, depresijos ir nusivylimo išgyvenimus (Hasanpoor-Azghdy, Simbar, & Vedadhir, 2014). Atlikto tyrimo rezultatai pagrindžia, kad šaltiniuose aprašyti emociniai išgyvenimai būdingi visoms tyrimo dalyvėms:

- Teigtina, kad visas nevaisingumo gydymas yra lydimas **nerimo**: „*TAIP, aš jaučiau gal nerimą, kad tas laikas, tarsi, tiksi ir tai yra, na, visiškai, tu, tarsi, priimi faktą, kad neturėsi vaikų, bet vis tiek turi viltį (!)*“ (Gerda, G168-169); „... tas kiekvienas kartas su tokiu susijaudinimu“ (Livija, L14).
- **Baimę** tyrimo dalyvės įvardina ne tik nesėkmės baimės, bet ir nuogąstavimų dėl ateities, galimų negrįžtamų pasekmių tarpasmeniniams santykiams prasme: „*bet many iš tikro yra kažkokia baimė, kad AŠ NENORIU TO IŠGYVENTI DAR KARTĄ. < - > Nu ten yra didžiulis procentas ir tos nesėkmės“ (Saulė, S45-S47); „*Aišku, man tada buvo didelė baimė, kad mane tada vyras paliks: na, gal ne šiandien, gal ne per šituos penkis metus, bet jau kas bus po dešimt, aš jau nežinau. Tai buvo labai labai stipri baimė, kad mane vyras paliks dėl to, kad aš negaliu turėt vaikų (!)*“ (Saulė, S112); „*Kaip našta tokia, baimė, našta, kad kas toliau bus < >, jeigu nepavyksta: vėl praeiti tuos visus gydytojus, vėl tie vaistai, vaistų leidimas...*“ (Nora, N38). Vienai tyrimo dalyvei nesėkmės situacijos persvarstymas padėjo įsisąmoninti ir iki tol nepripažintų, sąmoninių baimių egzistavimą: „*Kitas dalykas, aš, aišku, atradau savo visokias baimes. Tas baimes aš labai stengiausi išsigydyti. Nu, va, viena iš tų, tai aš labai bijojau gimdyti. Nežinau, kodėl pas mane tas buvo. Aš labai bijojau būt kažkokia netobula, negera mama*“ (Saulė, S180-S183).*
- Situacijos kontrolės praradimas kėlė **beviltiškumo, bejėgystės** jausmus, o pati nesėkmės situacija atrodė negalima niekuo paaiškinti, absurdiška: „*Buvo toks ganėtinai, toks nevilties kažkokios ir bejėgiškumo iš tos situacijos absurdiškumo jausmas. < - > Tas noras būna toksai didžiulis, kad tu nebesuvaldai sveiko proto. Ir tai buvo tokia... < - > Ta scena, žodžiu, tokio beviltiškumo (!), to visiško bejėgiškumo ir priklausymo nuo kažko“ (Gerda, G49-G52).*
- Tyrimo dalyvių jaučiamas **pyktis** itin situatyvus ir adresuojamas skirtingomis kryptimis – bendrai situacijai, sau, partneriui, medikams, lieka be konkretaus objekto, taip pat išreiškiamas apgailėstavimų forma: „*Aš galiu pasakyti, kad buvo tikrai pyktis. Tikrai buvo. Pirmiausia tai, aišku, ant situacijos. Pirmiausia taigi klausiu kodėl visa tai vyko? Kaip suprast, kad taip įvyko (?!). Tu pyksti, nesusitaikai absoliučiai su realybe*“ (Saulė, S227-S228); „*Kažkokiu momentu buvo, kad pyksti ir ant savęs*“ (Saulė, S230); „*Vat dėl to buvo tas pyktis, kai aš pamačiau, kad prasidėjo mėnesinės – vėliau tas atsiradęs pyktis buvo su tuo susijęs, kad aš tiek darau ir < > ir mane stumia, ir nesupranta, ir jo nėra šalia, nu nėra tokio palaikymo*“ (Nora, N63-N65); „*Buvo ir pykčio, < - > bet... Buvo tokių momentų, kai išvis pykau ant viso pasaulio. Kai pyksti, kai net pati nežinai ant ko, nei dėl ko, tiesiog ant viso pasaulio*“ (Rūta, R165-R166); „*Man labai gaila to laiko, kur mes buvome pirmoje klinikoje, kur tikrai < > pasipinigavimas / š / . Į akis jau galėčiau pasakyti / j / . Su minimum tyrimų (a) paimt kuo daugiau pinigų*“ (Livija, L56).

- **Vieniškumo** jausmą tyrimo dalyvės dažniau sieja su pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės išgyvenimu vienumoje, nesidalinimu informacija apie gydymo eigą nei artimųjų, nei tolimesnių pažįstamų rate: „*Ir lieki viena (!). O lieki viena su savo visu, nu, visais negatyviais jausmais*“ (Saulė, S30-31); „*Gal MANO BUVO, kad aš pati tokia buvau užsidariusi, bet aš mačiau, kad aš atsitrenksiu į sieną. Nešnekėjom apie tai, viena buvau. Nei su motina, nei su kažkuo dar aš nešnekėjau, su niekuo. < > Aš tik dabar suprantu. Ir viskas buvo sumesta ant manęs. Aš ilgai nepasakojau niekam“*; „*Nes aš tuo momentu tokia viena labai jaučiausi. Aš visada viena buvau*“ (Nora, N79-N82; N143); „*šiaip iš artimų žmonių niekas nežino*“ (Rūta, R72). Tačiau viena dalyvė pabrėžia ir vienatvės teigiamą pusę: liekant vienai lengviau pavyksta išgedėti pačią nesėkmę: „*< > Ir, iš kitos pusės, aš turėjau gal plusą didžiausią dėl to, kad aš buvau viena namuose ir aš galėjau išsirekti taip, kaip aš noriu, < > išsiverkti, išliūdėti, išsikalbėti ar išvis nekalbėti ir apie viską pagalvoti*“ (Saulė, S154).
- Kaip ir patvirtinta kai kuriais tyrimais, moterys linkusios išgyventi nerezultatyvų nevaisingumo gydymą kaip asmeninių pastangų žlugimą, nepaisant poros nevaisingumo etiologijos (Inhorn, 2006; Papreen et. al., 2000). Kelios tyrimo dalyvės ypač pabrėžė **savikaltos** jausmus dėl to, kad pagalbinio apvaisinimo procedūra baigėsi nesėkme: „*Nu ir, žodžiu, pas mus su vyru buvo taip, kad jisai – ir iki šiol – kad čia dėl jo kaltės mes negalim, o man, kai kiekvienąkart nepavyksta, kad vis dėlto NEPAVYKSTA MAN (!)*“ (Rūta, R8); „*Ir man prasidėjo panika, kad aš pavėlavau,*“ (Gerda, G39); „*Ta kaltė SAU, kad man nepavyko, kad aš aš...*“ (Nora, N48).

Minčių sumaištis: „kas su manimi negerai“?

Nevaisingumo gydymo nesėkmės išgyvenimas atveria plačią erdvę įvairioms naujoms kognicijoms, dažniausiai sietinoms su tyrimo dalyvių tapatumo, savivaizdžio, socialinių vaidmenų persvarstymu. Kita vertus, suponuoja ir gilesnę savivertės, poreikių ir lūkesčių analizę. Kraft ir kiti (1980) teigia, kad nevaisingumo sukeliama psichologinė krizė suponuoja savojo vientisumo jausmo sutrikdymą, fragmentuoto Aš vaizdo išgyvenimą, kelia abejonių dėl iki tol suvokto saviorganizacijos tolydumo, panaikina iliuziją dėl savojo nemirtingumo, išsaugomo per palikuonis.

Dažniausia mintis, kildavusi šio tyrimo dalyvėms savianalizės metu, buvo susijusi su defektuoto savivaizdžio įsitikinimu, palydimu retorinių klausimų: „*IR VĖL MAN (VV), NU KODĖL MAN, KAS NEGERAI, KĄ PADARIAU AR PRIEŠ KĄ ČIA PRASIKALTAU (?!)*“ (Elena, E91-E93); „*Visų pirma, tikrai aš labai aiškiai jaučiu, kad su manim tikrai yra kažkas negerai – aš save kalu prie kryžiaus (!) – nu su manim yra problema, aš kažkokia tada reiškiasi nesveika, jeigu man nesigauna*“ (Saulė, S10-S12); „*Nes tu, tarsi, visą laiką jautiesi < > bergždžia*“ (Gerda, G238). Be to, šis ypatumas siejamas ne tik su pagrindimo neturinčia savikalta. Kai kurios tyrimo dalyvės kelia

klausimą ir dėl nevaisingumo ir gydymo nesėkmių, kaip neaiškios bausmės prisiėmimo: „*Tai < > tas bergždumas, toksai jisai iš esmės yra ar tavo kryžius (?!) ir dėl to nesi pakankama?*“ (Gerda, G240); „*Bet tuo ne tai, kad tu kalta, bet < > nu kas su tavim negerai? Ką tu ten esi tiek prisidirbus, kad tau TOKS kelias*“ (Saulė, S239-240). Tokios išvalgos yra minimos ir moksliniuose šaltiniuose. Hjelmstedt ir kiti (cit. iš Greil et. al., 2010) teigimu, su procedūrų nesėkmėmis susidūrę asmenys, išsako jaučią neteisybės jausmą, tačiau moterų išgyvenimai būna labiau susiję su jų stipriai susvyravusios savivertės, nesėkmės kaip nepelnytos bausmės klausimais. Suvoktos bausmės aspektą mini ir Sandelowski, Holditch-Davis ir Harris (1990), teigdami, kad kartais moterys baudžiamumo dėl procedūros nesėkmės ieško praeities įvykiuose, pavyzdžiui, nepavykusioje ankstesnėje santuokoje, taip pat nesėkmę vertina kaip atlygį už atliktą nėštumo nutraukimą ar jaustą palengvėjimą dėl įvykusio savaiminio persileidimo.

Kelioms tyrimo dalyvėms nesėkmių išgyvenimai padėjo įsigilinti į savo poreikių, lūkesčių temas, tapatumo klausimus ir pasitvirtinti tai, kas joms ypač reikšminga, taikiau save priimti. Kaip Gerda teigia: „*Ar nesi dėl to pakankama, kad nepagimdei < > nei vieno vaiko? Ir tada man kilo klausimas, o kodėl aš nesu mama dėl to, kad aš... < > širdyje tai aš vis tiek visus turiu. < > Tai gal pakankama...*“ (G241-G243). Saulės manymu: „*Tai tada jau virto nebe lūkestis, o savęs kažkoks išsigryninimas, nežinau, vėlgi, savęs priėmimas*“ (S197), nepaisant, kad iki tol jos suvoktas nevaisingumas suponavo tam tikrą nebūties elementą: „*Ką reikia nevaisinga? Tai reikia, kad po tavęs NIEKONĖRA*“ (S210), kurį mini Kraft ir kiti (1980). Kita vertus, nerandant objektyviai pagrįstų nevaisingumo gydymo nesėkmės priežasčių, savo motinystės poreikis vertinamas radikaliai priešingai, nei tai buvo būdinga iki nesėkmės patyrimo. Esamai nesėkmės situacijai priskiriama tam tikro fatališkumo (neteisingai pasirinktos gyvenimo krypties, klaidingos kūdikio poreikio interpretacijos) ypatybė: „*Aš pradėjau jausti, kad aš einu prieš vėją < >. Aš einu nu ne ten, kur man reikia. Nei tai, kad dievas, nei tai, kad kažkas.. na va toks, žinot... na, kaip ir dievas, nu aš nežinau. Kažkaip pradėjau galvot, kad jei man tas neduota, man to ir nereikia*“ (Saulė, S121-S123).

Būti kartu ir kalbėti: norėtusi, bet vengiama

Vienas iš tyrimo dalyvėms reikšmingų pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aspektų yra tarpasmeniniai santykiai ir bendravimo stilius, nevaisingumo gydymo laikotarpiu vykę tarpusavio atvirumo pokyčiai. Pabrėžtina, kad bendravimo ypatumai tyrimo dalyvių interviu analizėje ryškėja dviejuose kontekstuose: bendravime su sutuoktiniu, susietumo išgyvenime ir santykiyje su išorine aplinka. Kelios tyrimo dalyvės mini, kad nevaisingumo gydymo laikotarpiu tarpasmeninis bendravimas šeimoje kėlė nemažai iššūkių ir svyravo tarp kelių kraštutinumų: viena vertu, buvo išgyvenami artimo ryšio praradimo laikotarpiai, emocinis nutolimas, kita vertus, ilgainiui,

priešingai, su sutuoktiniu suartėjama, atrandami nauji tarpusavio komunikacijos būdai. Pasakojimo pradžioje Gerda prisipažįsta, kad: „tarpusavio santykių praktiškai joksai nebuvimas, kai praktiškas viskas yra tik dėl to, kad reikia ir mažai noro“ (G2-G3), tačiau po kurio laiko: „tiktai... < - > gal praėjus metams, kai aš jau išmokau < > kitaip užduoti klausimus ir išlaukti atsakymo, aš išgirdau (!), kad, kodėl jam yra sunku toleruoti mano ašaras“; „Ir kitokio komunikavimo aš negaliu sakyti, kad < > kad tam nereikėjo ir man pačiai rasti būdą, kaip su juo komunikuoti. Tikrai“ (G108; G119). Anot Rūtos: „Jam buvo sunku išgyventi. Sakau, jisai užsisklendė, jisai su manim ta tema mažai bendravo (!), nenorėjo bendrauti (!), < > nutolo: tiek emociškai, tiek fiziškai. Bet po to, nu kažkaip, prasilaužė...“ (R153-R154); „Ir < - > mes, man atrodo, < > artimesni, laimingesni pasidarėm“ (R133). Vis dėl to kitų tyrimo dalyvių procedūrų nesėkmės akivaizdoje dažniau pasirenkama vengimo kalbėti atvirai strategija, buvusi įprasta ir iki nevaisingumo gydymo. Situacijos aptarimas labiau vyksta faktų pristatymo lygmenyje ir vyksta fragmentiškai, kaip Saulė apibendrina: „Mes tarpusavyje labai mažai kalbėjome apie tai. < > Nu buvo... Negaliu sakyti, kad visai nekalbėjome. Tikrai buvo keli vakarai, kai mes kalbėjome ir < > kai mes ten analizavom“ (S140); „Ir tada vėl kažkoks pokalbis, **kai pas mus kildavo klausimas mmmm – darom kažką ar nedarom. Ir vėl tada mes kalbam, bet apie nesėkmę mes kažkaip nekalbėdavom. Nebuvo taip, kad „kaip tu jautiesi?“**, manęs neklausė, ar „kaip tu išgyveni?“. Nu ne. Tokių nebuvo. Čia kaip faktas, čia labiau skamba kaip faktas“ (S163-S166). Vienai tyrimo dalyvei nesėkmės situacija akumuliuo esminius šeiminio santykio sunkumus ir atsietumas nuo partnerio buvo išgyvenamas maksimaliai: „tiek kilometrų tas žmogus nuo tavęs pasitraukia akimirksniu, kad tu nori jį tiesiog vat taip, kaip filme, kaip nutolsta kelias ir iki galo to kelio... taip vuuu / j /, taip norisi, kad jis nuo tavęs nuvažiuotų iki to kelio galo“ (Nora, N172). Vis tik nors ir emociškai nutolusių sutuoktinių palaikymą tyrimo dalyvės jaučia kitų jų elgesio aspektų – kantrybės ar nevaisingumo priėmimo dėka: „Nors mano vyras, < > tai jisai toks < > na nebuvo jis tas, kuris mane labai stipriai palaiko, bet nebuvo ir kad jisai mane smerktų“ (Saulė, S15); „Nu, mane labai vyras palaikė... Nu < - > jis nėra toks žmogus, su kuriuo būtų galima ten daug šnekėtis kažką tai, bet jo kantrybė, kiek aš atsimenu, viskas < > ir isterikos, ir ašaros, ir tada, paskui, skirdavomės du kartus metuose, apsisuki ir vėl / j /. Viskas mane nervina, aš ten skandalinu, o jisai, kaip < >, kelis dešimtmečius su manim tebegyvena / j /“ (Livija, L100-L106).

Kaip teigia tyrėjai Jafarzadeh-Kenarsari, Ghahiri, Habibi ir Zargham-Boroujeni (2015), nevaisingumo gydymo procese išsakomi tarpasmeniniai ir tarpusavio bendravimo poreikiai daugiausiai siejasi su partnerių abipuse emocine parama, užuojauta, fizinio buvimo svarba konsultacijų, procedūrų metu, pagarba partnerio nuomonei. Mūsų tyrimo dalyvės nekonkretino šių ypatumų ir tik kelios pripažino jutosios partnerio palaikymą. Greil ir kiti (2010) taip pat mini, kad moterų išgyvenamą distresą dėl patiriamos nesėkmės visų pirma mažina partnerio palaikymas, taip pat šeimos (artimųjų) teikiama emocinė parama, glaudus tarpusavio ryšys. Tačiau dauguma šio

tyrimo dalyvių atskleidė nesidalinusios esama nevaisingumo gydymo ir nesėkmės išgyvenimo situacija net su pačiais artimiausiais žmonėmis (tėvais, seserimis, broliais), o gydymo pradžioje ir su draugais, nes nebuvo tikros dėl jų požiūrio: baiminosi sulauksiančios nepritario, pasmerkimo. Viena tyrimo dalyvė bendravo su tą pačią patirtį turinčiomis moterimis, kelios atviravo tik kelioms draugėms. Viena tyrimo dalyvė taip apibendrinama sprendimą nesidalinti planuojamu gydymu net ir ateityje: „*Na tiesiog va toksai, kad aš paskui net nusprendžiau, kad jeigu aš tai darysiu dar kartą (!), aš nesakysiu niekam. Nes kažkaip vietoj palaikymo tokio, kad vat, vaikeliui viskas bus gerai, vat, tikėkit kažkaip, nebuvo. Kaip tik toksai „nu nereikia, užsiėmėi vat čia dabar nesąmonėm; sveikatą čia dabar gadiniesi su savo tais vaistais, hormonais“, tai < > tiesiog nebesakyčiau tikrai. Išvis, sakau... Nes vėl paskui save kaltinsi, kad vat, per daug gal čia atviravau, per daug čia žmonių žinojo gal“ (Elena, E239-E243). Galima apibendrinti, kad vengimas dalintis nevaisingumo gydymo situacija kelia papildomos įtampos ir baimių dėl dar vienos procedūros nesėkmės.*

Minėtina, kad tyrimo dalyvių *susietumo su partneriu* patyrimas, nors ir nėra plačiai detalizuojamas, tačiau menamas pasakojimų struktūroje. Tai galime matyti iš dalyvių naudojamų sakinių formuluočių, kuriose tarpasmeninių santykių svarba jaučiama per dažnai naudojamus žodžius „mes“, „mūsų“, „mums“: „*Mes neužsiciklinom ties tuo, kad mums nepavyksta, kad mes čia planuojam. Mes planuojam (!), bet, nu gerai, mes kitą mėnesį pakalbėsime, nes mes planuojam vat šitą mėnesį atostogų važiuoti, tai mes atvažiuosime iš atostogų ir tada mes žiūrėsime. Mes tiesiog palikom tai tekėti savo eiga (!) < > kol kas. Mes planuojam čia vėliau“ (Rūta, R135-R138); „*Tuo momentu, kai mes darėmės, tai, aišku, nieks nežinojo“ (Saulė, S53).**

Nesėkmės įveika: nuo laiko sau iki motinystės alternatyvų

Mokslininkų teigimu, psichologinės krizės akivaizdoje reikšmingomis tampa naujos įveikos strategijos, kurių reikalingos ir šio tyrimo dalyvės. Kaip teigia tyrėjai Phillips, Elander ir Montague (2014), apibendrinantys savo tyrimo rezultatus, nerezultatyvų nevaisingumo gydymą patiriantiems asmenims ilginiui svarbia tampa tėvystei alternatyvių vertybių paieška, kuri palengvina išgyvenamą emocinę naštą ir nukreipia dėmesį nuo su nevaisingumu susijusių sunkumų. Berghuis ir Stanton (2002) manymu, tokį įveikos būdą galima vadinti neigiama problemos vengimo strategija, tačiau ji prasminga, nes sugrąžina situacijos kontrolės jausmą, didina savivertės jausmą. Šio tyrimo dalyvės taip pat ilginiui buvo linkusios ieškoti savo gyvenimo prasmingumą pagrindžiančių alternatyvų – darbinės veiklos, laisvalaikio perplanavimo idėjų, įvairių savipagalbos sprendimų, nevaisingumo gydymą paliekant savieigai, biologinės motinystės galimybę keičiant vaiko globos, įvaikinimo sprendimu: „*mes dabar, tiesiog, atsiribojom, pradėjom gyventi dėl savęs (!), labiau skirti sau laiko, kažkur išeiti“ (Rūta, R140); „Laikina globa, – kuo dabar ir einam tuo keliu“ (Elena, E280). Svarbu*

tai, kad naujų vertybių paieška padėjo įtvirtinti universalių tiesų prasmingumą, palengvino emocinę savijautą ir leido gyventi visavertį gyvenimą be atidėliojimo: „*Bet kai aš atmečiau tą ir pamačiau, kad NU NĖRA čia tas gyvenimas toks baisus. Ir nėra taip, kad aš be vaiko negaliu išgyvent*“ (Saulė, S132); „*kad reikia gyventi ŠIANDIEN, DABAR, o ne ne ne po pusės metų ar kada nors*“ (Rūta, R144); „*Nes aš sau pati atsakiau į klausimą: aš bet kuriuo atveju jaučiuosi mama. Netekusi jų kelių, fiziškai jų neturėjusi, bet vis tiek mama. Sau – taip.*“ (Gerda, G235-236). Viena tyrimo dalyvė išreiškė apgailėstą, kad net ir dėl objektyvių išorinių priežasčių nutraukus nevaisingumo gydymą, kol kas dar nėra atradusi motinystei alternatyvios rolės: „*Nu ir tas planas B, tiesą sakant, visi A buvo*“; „*Nu, protu aš suprantu, kad buvo buvę protinga < > kažkur anksčiau išvystyt kažkokį planą B*“; „*Aš to plano B neturiu iki šiol*“ (Livija, L239; L218; L220).

Pirmoji ir visos pasikartojančios pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės tyrimo dalyvėms kelia svarstymų ir abejonių dėl šiuolaikinės reprodukcinės medicinos išsamių galimybių ir gydytojų profesinės etikos laikymosi: ilgainiui atsiranda įžvalgų dėl pagalbinio apvaisinimo paslaugų kaip pelningo verslo vystymo, o tai ilgainiui mažina vilties resursus ir dėl planuojamų tolesnių procedūrų sėkmės: „*Vis tiek mes ten kažkaip nutarėm, kad ten biški gal ir biznis yra daromas (!) toj X, nes labai keista, kaip tie embrionai, kam jie tada buvo laikomi dar per naktį ir laukiama, kol jie numirs, jeigu iš karto po procedūros, tą pačią minutę, įsodinus vieną tą, kaip sakau, implantą, tuos buvo galima dėt iš karto ir šaldyti, kas ir turėjo būti daroma*“ (Elena, E178-E180); „*bet, tiesą pasakius, man didelis klausimas, ar ten... < > tiesiog, na, ta prasme, tipo paėmė pinigų ir viskas, nes, kiek supratau iš pirmo karto, kad ten nebuvo ko [past. – įsodinti]. < > Tai tuo metu, jau nežinau (a)... Žinoma, viltys buvo (VV), bet, turbūt, jau nebuvo tokios jos < > didelės, kaip po pirmo karto (!)*“ (Rūta, R47-48). Šį pasitikėjimo vaisingumo specialistais ir kitos galimos procedūros sėkmės vilties mažėjimą patvirtina ir tyrimai. Silva ir Machado (2010) atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad procedūrų nesėkmės labai dažnai ilgainiui mažina pasitikėjimą šiuolaikinėmis medicinos technologijomis, tačiau tam, kad pacientai išsaugotų viltį galima biologine tėvyste ateityje, imama kurti daug nesėkmės „pagrįstumo įrodymų“: racionalizuojama apie medikamentinio gydymo rezultatus arba atsiremama į aukštesnių jėgų „planus“.

Tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad beveik visos tyrimo dalyvės savo išgyventas pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės įprasmina gebėjimu išsaugoti motinystės viltį, nepaisant nesėkmių pasikartojimo praeityje, sprendimo netęsti gydymo sudėtingesnių procedūrų pagalba ar sustabdyto nevaisingumo gydymo proceso dėl kilusių komplikacijų: „*Aš tiesiog išvis paliksiu tada... kiek čia man metų dar duota, nu, tam stebuklui, kuris gal įvyks. Čia labai daug niuansų, nes man taip susidėlioja, kad, jei aš bandau, tai gali išvis būti mano paskutinis ciklas, kai aš bandau. Tad aš dar palieku vietos stebuklui*“ (Saulė, S285-S289); „*Mes esam įsitikinę, kad mums pavyks / j /*“ (Rūta, R127); „*tu, tarsi, priimi faktą, kad neturėsi vaikų, bet vis tiek turi viltį (!), ir visą laiką, kai kažkaip*

nėra taip, kad tai būtų visiškai palaidota. Viltis ne, tikrai ne“ (Gerda, G169). Vilties išsaugojimą, nepaisant aplinkybių, patvirtina ir užsienio šalyse atliktų kokybių tyrimų rezultatai. Teigiama, kad viltis ir tikėjimas lieka tam tikra palaikomoji gyvenimo jėga, užtikrinanti faktą, kad gyvenimas tęsiasi. Ir nors pastojimo sėkmės galimybės nežinomos, jos nenustoja būti (Johansson, & Berg, 2005).

Fenomenologinė analizė nėra skirta atskleisti, kaip tyrimo dalyvis kalba apie konkretų savo patyrimą. Visgi verta atkreipti dėmesį, kad prisimenant savo išgyventas pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės situacijas, visos tyrimo dalyvės pabrėždavo, akcentuodavo tam tikrus joms subjektyviai reikšmingus sakinius, žodžius; kalboje būta trumpesnių ar ilgesių pauzių, balso tono pokyčių, pasakojimo momentai lydimi ryškių neverbalinės kalbos ženklų: šypsenos, juoko ar pravirkimo. Šios kalbėjimo detalės taip pat padėjo aiškiau išskirti tyrimo dalyvių procedūrų nesėkmės aspektus, kurie jų suprantami kaip reikšmingi.

Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės. Tyrimo rezultatus galėjo įtakoti skirtinga tyrimo dalyvių ir jų sutuoktinių (t. y. poros) nevaisingumo etiologija, nevaisingumo ir jo gydymo istorijos trukmė, atliktų procedūrų tipologija ir skaičius. Taip pat pripažįstama, kad nevaisingumo gydymo nesėkmės situacijos subjektyviam vertinimui svarbus ir skirtingas socialinis ir tarpasmeninis kontekstas, todėl dalyvių pasakojimą galėjo lemti ir iki nevaisingumo gydymo pradžios susiformavę tarpasmeniniai (šeiminiai, tolesnės aplinkos narių) santykiai, taip pat jų baigtis po nevaisingumo gydymo. Į šį aspektą papildomai nebuvo atsižvelgta, nebent platesnę informaciją apie šių santykių situaciją interviu eigoje pateikė pačios tyrimo dalyvės.

Visos tyrimo dalyvės yra išgyvenusios pagalbinio apvaisinimo procedūras, kurios baigėsi nesėkme. Tačiau neatmetama, kad atskiriems kelių dalyvių pasakojimams įtakos turėjo ir ankstesniais laikotarpiais įvykę natūralūs pastojimai bei savaiminiai persileidimai.

Neatmetama ir tai, kad interviu metu tyrimo dalyvėms užduoti papildomi klausimai galėjo būti įtakojami išankstinių tyrėjos nuostatų dėl nevaisingumo gydymo pagalbinėmis priemonėmis.

Interviu metu stebėtas tyrimo dalyvių „praplečiančio pasakojimo“ pobūdis, t. y. atskleidžiama informacija, susijusi ne tik su tyrimo pagrindiniu klausimu, bet gausi ir plataus nesėkmės situacijos konteksto (bendresnės nevaisingumo patirties) detalių, faktinės medicininės informacijos.

Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimui perteikti, pastebėta, kad dalyvėms buvo sunku išskirti tik vieną, esminį nesėkmės išgyvenimo epizodą. Todėl tolesniems nevaisingumo ir nevaisingumo gydymo patirties tyrimams būtų galima taikyti interpretacinės fenomenologinės arba teminės analizės metodus.

Pabrėžtina, kad į tyrimo kvietimą atsiliepė tik moterys. Tolesnių tyrimų atlikimui prasminga abiejų lyčių dalyvių atranka.

IŠVADOS

1. Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patirtis įvardijama kaip vientisas procesas, į vieną visumą apjungiantis skirtingus nevaisingumo gydymo etapus: pasiruošimą, procedūrą ir procedūros nesėkmę.
2. Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės patyrimas reiškiasi kaip kokybinių pasaulėžiūros ir santykių pokyčių procesas.
3. Procedūros nesėkmė išgyvenama kaip psichologinė krizė, sukelianti emocijų, minčių sumaištį, laikinai koreguojanti įprastą elgesio modelį. Nesėkmė sukelia intensyvius nerimo, baimės, pykčio, vienišumo išgyvenimus, performuluoja savivaizdžio, tapatumo, savikaltos suvokimą.
4. Tarpasmeninių santykių kontekste procedūros nesėkmė išgyvenama kartu su emocinio atsietumo, užsisklendimo jausmo atsiradimu, bendravimo stiliaus pokyčiais, ir tik vėliau – per glaudesnio ryšio su partneriu atkūrimą.
5. Pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patirtis prasminga, kaip galimybė tvirtoms nuostatomis formuotis, motinystės vilties išsaugojimui.

LITERATŪRA

- Adhikari, H. (2013). Changing Attitude of Women towards Infertility and Motherhood. *Social Change Review*, 11(2), 105–113. doi:10.2478/scr-2013-0008
- Aisenberg Romano, G., Ravid, H., Zaig, I., Schreiber, S., Azem, F., Shachar, I., & Bloch, M. (2012). The psychological profile and affective response of women diagnosed with unexplained infertility undergoing in vitro fertilization. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 403–411. doi:10.1007/s00737-012-0299-6
- Anderson, R.A., Weddell, A., Spoudeas, H.A., Douglas, C., Shalet, S.M., Levitt, G., & Wallace, W.H.B. (2008). Do doctors discuss fertility issues before they treat young patients with cancer? *Human Reproduction (Oxford, England)*, 23(10), 2246–2251. doi:10.1093/humrep/den252
- Baird, D. T., Collins, J., Egozcue, J., Evers, L. H., Gianaroli, L., Leridon, H.,... Tarlatzis, B. (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 11(3), 261–276. doi:10.1093/humupd/dmi006
- Balen, F. van (2002). The psychologization of infertility. In M. C. Inhorn & F. van Balen, *Infertility around the Globe : New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 79-98). Berkeley: University of California Press. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).
- Baydilli, N., Selvi, İ., Akınsal, E. C., Zararsız, G. E., & Ekmekçioğlu, O. (2020). How does body mass index affect semen parameters and reproductive hormones in infertile males? *Turkish Journal of Urology*, 46(2), 101–107. doi:10.5152/tud.2020.19243
- Benagiano, G., Bastianelli, C., & Farris, M. (2006). Contraception Today. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1092(1), 1–32. doi:10.1196/annals.1365.002
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433–438. doi:10.1037/0022-006X.70.2.433
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F.-M., Schroeder-Printzen, I., ... & Beutel, M. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31(1), 27–35. doi:10.1046/j.1439-0272.1999.00231.x
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., & Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. doi:10.1093/humrep/dem046

- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, *104*(2), 251–259. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.05.035
- Bos., H, van Balen, F., & Visser, A. (2005). Social and cultural factors in infertility and childlessness. *Patient Education & Counseling*, *59*(3), 223–225. doi:10.1016/j.pec.2005.08.013
- Bulcroft, R., & Teachman, J. (2003). Ambiguous constructions: Development of a childless or childfree life course. In M. Coleman & L.H. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families: Considering the past, contemplating the future* (pp. 116–135). London: Sage.
- Chen, T.-H., Chang, S.-P., Tsai, C.-F., & Juang, K.-D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *19*(10), 2313–2318. doi:10.1093/humrep/deh414
- Christie, G. L. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *13*(1), 232–241. doi:10.1093/humrep/13.1.232
- Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians, 2nd ed* (S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.)). Cambridge University Press. Paimta iš <https://bit.ly/2yRNy0x>
- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., ... Di Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review. *La Clinica Terapeutica*, *165*(3), 163–169.
- De Castro, A. (2003). Introduction to Giorgi's existential phenomenological research method. *Psicologia desde el Caribe* *11*, 45-56. Paimta iš <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1717/1112>
- Demińska, A. (2014). Psychological costs of life crisis in Polish women treated for infertility. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *32*(1), 96–107. doi:10.1080/02646838.2013.852772
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J., & van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: A quantitative assessment. *Human Reproduction*, *20*(7), 1938–1943. doi:10.1093/humrep/deh845
- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (1998). Psychological state and psychological strain in relation to infertility. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *8*(4), 303–311. doi:10.1002/(SICI)1099-1298(199807/08)8:4<303::AID-CASP492>3.0.CO;2-L
- European Society of Human Reproduction and Embryology (2016). *ART fact sheet*. Paimta iš <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources>
- European Society of Human Reproduction and Embryology (2018). *More than 8 million babies born from IVF since the world's first in 1978*. Paimta iš

<https://www.sciencedaily.com/releases/2018/07/180703084127.htm>

- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H. W., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfing, J. G., ... & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *18*(7), 1536–1543. doi: 10.1093/humrep/deg276
- Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K., Tureck, R., & Mastroianni, L., Jr. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, *43*(1), 48–53. Paimta iš <https://bit.ly/2VXhFwu>
- Fujimoto, A., Fujiwara, T., Oishi, H., Hirata, T., Yano, T., & Taketani, Y. (2009). Predictive factors of successful pregnancy after assisted reproductive technology in women aged 40 years and older. *Reproductive Medicine & Biology*, *8*(4), 145–149. doi:10.1007/s12522-009-0023-z
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *26*(9), 2408–2414. doi:10.1093/humrep/der209
- Gao, X., Outley, J., Botteman, M., Spalding, J., Simon, J. A., & Pashos, C. L. (2006). Economic burden of endometriosis. *Fertility & Sterility*, *86*(6), 1561–1572. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.06.015
- Giorgi, A. (2014). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Girdzijauskienė, S. (2006). Kokybinis interviu. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, *45*(11), 1679–1704. doi:10.1016/S0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Slauson, B. K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, *32*(1), 140–162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Greil, A. L., & McQuillan, J. (2004). Help-seeking patterns among subfecund women. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *22*(4), 305–319. doi:10.1080/02646830412331298332
- Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. A., & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility: A systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, *17*(5), 575–588. doi:10.1093/humupd/dmr015
- Hansell, P. L., Thorn, B. E., Prentice-Dunn, S., & Floyd, D. L. (1998). The relationship of primary appraisals of infertility and other gynecological stressors to coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *5*(2), 133–145. doi:10.1023/A:1026238530050
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative

- study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(2), 131–138. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).
- Hassan, M. A. M., & Killick, S. R. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility*, 81(2), 384–392. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.06.027
- Henning, K., & Strauss, B. (2002) Psychological and psychosomatic aspects of involuntary childlessness: State of research at the end of the 1990s. In B. Strauss (Ed.), *Involuntary childlessness – Psychological Assessment, Counseling, and Therapy* (pp. 3-18) Ashland, OH: Hogrefe and Huber Publishers. Paimta iš <https://bit.ly/2RWQ5gA>
- Human Fertilisation & Embryology Authority (2017). *In vitro fertilisation (IVF)*. Paimta iš <https://www.hfea.gov.uk/treatments/explore-all-treatments/in-vitro-fertilisation-ivf/>
- Inhorn, M. C. (2006). „The worms are weak“: male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt. In M.C. Inhorn, *Islamic Masculinities* (pp. 217–237). London: Zed Books.
- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. *Annual Review of Anthropology*, 37(1), 177–196. doi:10.1146/annurev.anthro.37.081407.085230
- Istomina, N., Petrylienė, A. ir Razbadauskas, A. (2010). Nevaisingų šeimų problemų nustatymas ir sprendimo būdai. *Sveikatos mokslai*, 5, 3438–3445. <https://bit.ly/35oneHv>
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., & Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of Infertile Couples' Support Requirements: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(1), 81–92. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).
- Jensen, T. K., Andersson, A.-M., Jørgensen, N., Andersen, A.-G., Carlsen, E., Petersen, J.ørge. H., & Skakkebaek, N. E. (2004). Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men. *Fertility & Sterility*, 82(4), 863–870. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.03.056
- Johansson, M., & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58–63. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00319.x
- Jordan, C., & Revenson T.A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 22, 341–358. doi.org/10.1023/A:1018774019232
- Jungwirth, A., Diemer, T., Kopa, Z., Krausz, C., Minhas, S., & Tournaye, H. (2020). *Male infertility*. Paimta iš <https://uroweb.org/guideline/male-infertility/#3>
- Kumar, S. (2004). Occupational exposure associated with reproductive dysfunction. *Journal of Occupational Health*, 46(1), 1–19. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).

- Kraft, A. D., Palombo, J., Mitchell, D., Dean, C., Meyers, S., & Schmidt, A. W. (1980). The psychological dimensions of infertility. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 618–628. doi:10.1111/j.1939-0025.1980.tb03324.x
- Kuohung, W., & Hornstein, MD. (2020). *Causes of female infertility*. Paimta iš https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility?topicRef=5408&source=see_link
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1), 48. doi:10.1186/s12905-017-0410-2
- Lande, Y., Seidman, D. S., Maman, E., Baum, M., & Hourvitz, A. (2015). Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments? *Gynecological Endocrinology*, 31(3), 233–236. doi:10.3109/09513590.2014.982082
- Lietuvos statistikos departamentas (2018). *Abortų skaičius*. Paimta iš <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize>
- LR Sveikatos apsaugos ministerija (2009). *A. Čaplikas: būtina įstatymiškai reglamentuoti dirbtinį apvaisinimą*. Paimta iš <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/a-caplikas-butina-istatymiskai-reglamentuoti-dirbtini-apvaisinima>
- LR Sveikatos apsaugos ministerija (2019). *Nevaisingumo diagnostikos ir gydymo metodika*. Paimta iš https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Nevaisingumo%20metodika%20SAM_2019-07-22.pdf
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27(3), 223–237. doi:10.1080/02646830802350864
- Malagon-Maldonado, G. (2014). Qualitative research in health design. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)*, 7(4), 120-134. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 9(12), 1–12. doi:10.1371/journal.pmed.1001356
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*, 26(5), 398–404. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.05.002

- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Santos, T. A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health, 27*(5), 533–549. doi:10.1080/08870446.2011.598231
- Nifantova, R. V., & Krivenko, N. V. (2014). Reproductive technologies as social innovations in the system of public health. *Economy of Region, 39*(3), 191–197. doi:10.17059/2014-3-19
- Papreen, N., Sharma, A., Sabin, K., Begum, L., Ahsan, S. K., & Baqui, A. H. (2000). Living with infertility: Experiences among urban slum populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters, 8*(15), 33 – 44. doi:10.1016/S0968-8080(00)90004-1
- Parry, D. C. (2005). Work, leisure, and support groups: An examination of the ways women with infertility respond to pronatalist ideology. *Sex Roles, 53*(5–6), 337–346. doi:10.1007/s11199-005-6757-0
- Parry, D., & Shinew, K. (2004). The constraining impact of infertility on women's leisure lifestyles. *Leisure Sciences, 26*(3), 295–308. doi:10.1080/01490400490461972
- Pasaulinė sveikatos organizacija (2013). *Tarptautinė ligų klasifikacija, Australijos modifikacija*. Paimta iš <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/14skyrius.html>
- Petraglia, F., Serour, G. I., & Chapron, C. (2013). The changing prevalence of infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 123*, S4–S8. doi:10.1016/j.ijgo.2013.09.005
- Phillips, E., Elander, J., & Montague, J. (2014). An interpretative phenomenological analysis of men's and women's coping strategy selection during early IVF treatment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 32*(4), 366–376. doi:10.1080/02646838.2014.915391
- Polukordienė, O. K. (2003). *Psichologinės krizės ir jų įveikimas*. Vilnius: Jaunimo psichologinės paramos centras.
- Ramazanadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 7*(3), 97–103. Paimta iš Academic Search Complete (EBSCO).
- Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Garland, M., Hertzmark, E., Hunter, D. J., Colditz, G. A., ... Manson, J. E. (2002). Physical activity, body mass index, and ovulatory disorder infertility. *Epidemiology, 13*, 184–190. Paimta iš https://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2002/03000/Physical_Activity,_Body_Mass_Index,_and_Ovulatory.13.aspx

- Rooney, K. L., & Domar A. D (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience* 20(1), 41-47. Paimta iš <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/>
- Sabaitytė, E. (2018). *Kūdikio negalinčių susilaukti moterų psichologinė gerovė* (Magistro darbas). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Paimta iš <https://bit.ly/2yWKXCp>
- Sandelowski M, Holditch-Davis D, & Harris BG. (1990). Living the life: Explanations of infertility. *Sociology of Health & Illness*, 12(2), 195–215. doi:10.1111/1467-9566.ep11376477
- Serapinas, D. (2011). Genetinių ir egzogeninių veiksnių įtaka vaisingumui. *Sveikatos mokslai*, 21(3), 74–77. doi:10.5200/58
- Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet*, 367(9508), 379–380. doi:10.1016/S0140-6736(06)68117-8
- Shani, C., Yelena, S., Reut, B. K., Adrian, S., & Sami, H. (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Research*, 240, 53–59. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.003
- Silva, S., & Machado, H. (2010). Uncertainty, risks and ethics in unsuccessful in vitro fertilisation treatment cycles. *Health, Risk & Society*, 12(6), 531–545. doi:10.1080/13698575.2010.515734
- Smith, J. A. (Ed.). (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage Publications.
- Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Infertility as a Crisis. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. (pp. 8–10). Plenum Press. Paimta iš <https://bit.ly/2KKC41x>
- Šumskaitė, L., & Rapolienė, G. (2019). Motinystės diskurso paraštėse: bevaikystė 1991-1996 m. Lietuvos moterims skirtuose žurnaluose. *Informacijos Mokslai / Information Sciences*, 86, 133–156. doi:10.15388/Im.2019.86.30
- Šumskaitė, L., Rapolienė, G., & Gedvilaitė-Kordušienė, M. (2019). Bevaikystės pozicionavimas: reproduktyvaus amžiaus ir vyresnių moterų refleksijos. *Filosofija, Sociologija*, 30(4), 338–346.
- te Velde, E. R., & Pearson, P. L. (2002). The variability of female reproductive ageing. *Human Reproduction Update*, 8(2), 141–154. doi:10.1093/humupd/8.2.141
- Ulrich, M., & Weatherall, A. (2000). Motherhood and infertility: Viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism & Psychology*, 10(3), 323-336. doi:10.1177/0959353500010003003
- Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2019) *Svajonės pildosi: pagalbinio apvaisinimo būdu Lietuvoje jau gimė pusė tūkstančio*

- naujagimijų*. Paimta iš <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Svajonės-pildosi-pagalbinio-apvaisinimo-būdu-Lietuvoje-jau-gimė-pusė-tūkstančio-naujagimijų.aspx>
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *25*(6), 1471–1480. doi:10.1093/humrep/deq030
- Veltman-Verhulst, S. M., Hughes, E., Ayeleke, R. O., & Cohlen, B. J. (2016). Intra-uterine insemination for unexplained subfertility. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD001838. doi:10.1002/14651858.CD001838.pub5
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *20*(8), 2253–2260. doi:10.1093/humrep/dei015
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaijmaat, F.W., & Braat, D.D.M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13*(1), 27–36. doi:10.1093/humupd/dml040
- White, L., & McQuillan, J. (2006). No longer intending: The relationship between relinquished fertility intentions and distress. *Journal of Marriage and Family* *68*(2). doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00266.
- Williams, M. E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*, *16*(3), 7–26. doi:10.1300/J294v16n03_02
- Wilks, D.J. & Hay, A.W.M. (2004). Smoking and female fecundity: the effect and importance of study design. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *112*(2), 127-135. doi:10.1016/S0301-2115(03)00332-4
- Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic infertility – myths and facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *20*(12), 485–494. doi:10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d
- World Health Organization (2018). *Human reproduction annual report*. Paimta iš <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310956/WHO-RHR-HRP-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *33*(2), 167–179. doi:10.1007/s10815-015-0638-4
- Zain, M.M., & Norman, R.J. (2008). Impact of obesity on female fertility and fertility treatment. *Women's Health*, *4*(2), 183–194. doi:10.2217/17455057.4.2.183

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren,...
Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive
Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART
terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009

PRIEDA I

1 priedas. Kvietimo dalyvauti tyrime pavyzdys

INFORMACIJA DĖL ATLIEKAMO TYRIMO

Tema: Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės: moterų patyrimo fenomenologinė analizė

Tyrėja: Laura Narbutaitė-Bilotienė, Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Klinikinės psichologijos magistrantė

Gerbiama dalyve,

kreipiuosi kviesdama dalyvauti tyrime, skirtame moterims, šiuo metu sprendžiančioms vaisingumo problemas ir nevaisingumo gydymo laikotarpiu patyrusioms pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmes. Greičiausiai žinote, kad Pasaulio sveikatos organizacijos statistikos duomenimis, nevaisingų porų skaičius pastaraisiais metais išlieka nekintantis ir siekia iki 10-15 proc. Lietuvoje porų nevaisingumo rodikliai atitinka pasaulinę tendenciją. Tačiau vaisingumo funkcijos sutrikimui, nors ir ilgą laiką pripažintam liga, mūsų šalyje dalinai finansuojamo gydymo galimybė suteikta tik prieš dvejus metus. Kita vertus, iki šiol tyrimais pagrįstos informacijos apie tai, kaip jaučiasi nevaisingumo gydymo *nesėkmes* patiriančios pacientės, kaip joms pavyksta susigyventi su patiriamais sunkumais ir kaip *nevaisingumo* ir jo gydymo *pagalbinėmis priemonėmis* sąvokos paveikia moteris ir jos artimųjų kasdienybę, trūksta. Daugeliu atveju, deja, šios ligos pripažinimą ir gyvenimą su ja vis dar lydi visuomenėje gajos nuostatos, kritika ir stigma.

Žemiau rasite detalizuotą aprašą apie mano inicijuojamą tyrimą, padėsiantį Jums nuspręsti, ar norėtumėte ir galėtumėte pasidalinti savo patirtimi tam, kad geriau būtų galima suprasti pagalbinio apvaisinimo procedūroms pasiryžtančios ir jos nesėkmes patiriančios moters išgyvenimus.

Apie ką šis tyrimas?

Tai tyrimas apie tai, ką būtent Jums reiškia, kad sprendžiate Jūsų ar Jūsų poros nevaisingumo problemą, pasitelkdamas pagalbinio apvaisinimo procedūrą (-as) ir tai, kad esate patyrusi šio gydymo būdo nesėkmę (-es); kaip ją (-as) išgyvenate, suprantate ir vertinate; kaip tokia patirtis įsilieja į Jūsų kasdienybę ir ką joje keičia.

Atlikdama šį tyrimą aš klausiu apie vieną ryškiausių atmintyje išskylančių situacijų, kuri Jūsų suprantama kaip ypatinga, reikšminga, kažkuo svarbi esant nevaisingumo gydymo procese ir išgyvenus pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmę: kokia tai buvo situacija ar momentas, ką tuo metu pagalvojote, kaip jautėtės?

Kas gali dalyvauti?

Tyrimo dalyvėmis kviečiu tapti neturinčias vaikų moteris, iki šiol bandžiusias ar bandančias susilaukti vaikelio pagalbinių priemonių pagalba ir jau patyrusias pagalbinio apvaisinimo procedūros (-ų) – IUI, IVF, ICSI ar kt. – nesėkmę (-es).

Kaip vyks tyrimas?

Jums nereikės pildyti anketų ar klausimynų. Duomenys bus renkami interviu būdu, kurio metu Jums užduosiu vieną pagrindinį klausimą apie Jūsų patirtį ir, prireikus, kelis papildomus. Pokalbis bus įrašomas į diktofoną. Interviu skirtas laikas: 70-120 min.

Ar turėtumėte dalyvauti?

Tai tik Jūsų sprendimas. Jeigu tyrime dalyvauti atsisakote, Jums nereikia atskleisti savo sprendimo priežasčių. Jeigu tyrime dalyvauti sutinkate, pakeisti savo sprendimą galite per savaitę po įvykusio interviu: tokiu atveju, Jūsų papasakota istorija nebus įtraukta į tolesnę analizę.

Kodėl verta pasidalinti savo patirtimi?

Ne Lietuvoje atliktų mokslinių tyrimų rezultatai patvirtina, kad susidūrimas su nevaisingumu ir pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmėmis neišvengiamai turi įtakos žmonių psichologinei savijautai. Mūsų šalyje iki šiol nėra atliktų tyrimų, galinčių atskleisti moters išgyvenimus, susijusius su pagalbinio apvaisinimo procedūrų patyrimu ir šių procedūrų nesėkmių epizodais. Jūsų dalyvavimas leistų žengti pirmąjį žingsnį siekiant geriau suprasti moters patyrimo unikalumą, išskirti svarbiausius su nevaisingumo gydymo nesėkmėmis susijusius aspektus, pateikti rekomendacijų dėl galimų psichologinės savijautos stiprinimo alternatyvų.

Ar saugu atskleisti informaciją?

Visai tyrimo informacijai taikomas konfidencialumo užtikrinimo kriterijus. Tyrimui aprašyti ir pristatyti bus naudojami tik informacijos analizės rezultatai, o visi interviu įrašai ištrinti. Jūsų vardas nebus atskleidžiamas. Į pristatymą bus reikalinga įtraukti tik Jūsų amžių, nevaisingumo gydymo laikotarpį ir atliktų pagalbinio apvaisinimo procedūrų tipą bei skaičių.

Kas susipažins su tyrimo rezultatais?

Pokalbio metu surinktų duomenų analizė ir rezultatai bus išdėstyti magistro darbe, pateikti darbo vadovui ir recenzentui, pristatyti Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto narių sudarytai komisijai magistro darbo gynimo metu. Parengtas darbas bus įkeltas į Vilniaus universiteto informacinę sistemą. Interviu medžiaga viešai prieinama nebus.

Iš anksto dėkoju už Jūsų laiką ir galimą dalyvavimą tyrime.

Jei turite papildomų klausimų arba manote, kad galite pasidalinti savo patirtimi, lauksiu Jūsų žinutės/skambučio žemiau nurodytais kontaktais:

Laura Narbutaitė-Bilotienė
el. p. laura.narbutaite.bilotiene@gmail.com
tel. 8 686 50912

2 priedas. Tyrimo dalyvio informuoto sutikimo pavyzdys

2020 m.

Aš,

sutinku dalyvauti Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Klinikinės psichologijos programos studentės Lauros Narbutaitės-Bilotienės atliekamame tyrime, skirtame magistro darbui „Pagalbinio apvaisinimo procedūrų nesėkmės: moterų patyrimo fenomenologinė analizė“ rengti, ir sutinku, kad interviu metu pateikta informacija būtų įrašoma.

Tyrėja įsipareigoja, kad įrašo nepateiks perklausyti tretiesiems asmenims, o visa tyrimo dalyvio pateikta asmeninė informacija (vardai, pavardės, vietovardžiai, įstaigų pavadinimai, darbinės pareigos ir kt.) bus užkoduota. Po duomenų analizės turimas įrašas bus ištrintas.

Parašai:

Tyrimo dalyvė:

Tyrėja Laura Narbutaitė-Bilotienė

3 priedas. Elena: pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Pasakodama apie išgyventos pagalbinės apvaisinimo procedūros nesėkmę, atsakydama į tyrėjos užduotus klausimus, Elena pateikia kur kas platesnės informacijos, sietinos ne tik su esminiais situacijos, kurioje sužinojo apie nepavykusią procedūrą, akcentus. Elenos pasakojimas kupinas situacijos aplinkybiškumo, bendro nevaisingumo gydymo proceso pristatymo, nesėkmės išgyvenimo, siejamo taip pat ir su retraumatizuojančiais praeities prisiminimais, iki šiol vis dar keliančiais emociškai stiprių išgyvenimų: „*negyvas vaikas, tai... < >. Man kažkaip vat TAS ĮVYKIS, TAI NET (a) IR PO ŠIAI DIENAI: PAS MANE YRA ANTIK PSICHOLOGIŠKAI (!)*“ (E160) bei prasmingų epizodų, vykusių praėjus tam tikram laikotarpiui po nesėkmės patyrimo, kurių pagrindu savo visą gyvenimą Elena vertina kaip skausmingai gyvenamą: „*Nežinau / š /. Daug čia pas mane visko buvo. Gyvenau visą gyvenime < > skausme (!)*“ (E254-E255). Ir nors toks pasakojimo momentų nutolimas nuo Elenos prisimintos ryškiausios situacijos ir grįžimas prie jos išplečia suformuluoto klausimo turinį, tačiau būtent platesnis kontekstas leidžia atidžiau išskirti ir tiksliau įvardyti esminius pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* patyrimo aspektus. Šia prasme pasakojimo visumos kontekstas kur kas išsamiau pateikia išgyventą ir vis dar išgyvenamą *nesėkmę*, kaip nenutrūkstamą ir diaugialypį reiškinį unikalioje patirtyje. Būtent todėl patyrimo „išskleidime“ svarbu nepraleisti pasakojimą praplečiančių aplinkybių aprašymo, reikšmingo ir procedūros nesėkmės patyrimo fenomeno formulavimui.

Elenos pasakojime atsiskleidžia, kad pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmė* – tai kelių mažesnių nesėkmių išgyvenimas, kuris jai reikšmingas ir procedūros pasiruošimo etape, ir sužinojus neigiamą nėštumo tyrimų rezultata, ir užtrukusio susitaikymo su *nesėkme* laikotarpio prasme. Nors patį pasiruošimo etapą Elena vertina kaip ne itin sudėtingai išgyventą: „*Nesakau, kad jau tas kelias visas iki tų embrionų jau TOKS BE GALO SUNKUS. Taip, jis yra, NĖRA JIS LABAI LENGVAS*“ (E204-E205); < > „*... tai kažkaip aš sunkiai to neišgyvenau, to pasiruošimo*“ (E225), tačiau jame, dėl Elenai netikėtos sukurtų perteklinių embrionų žūties, formuojasi ir kraštutinė Elenos nuostata dėl nevaisingumo gydymo pabaigos: „*na va taip su vyru dar ir < > iš pradžių pasakiau NE, ČIA BUVO MANO PASKUTINIS KARTAS*“ (E28-E29). Be to, nesėkmingas gydymas papildė pačios motinystės *nesėkmės* sampratą, tarsi retrospektyviai apibendrina ilgą kūdikio laukimo patirtį, pareikalavusią pernelyg daug emocinių resursų: „*Ir... nes aš jau buvau sau pasakiusi: VISKAS, daugiau – jokių bandymų, aš jau daugiau nebegaliu sau < > leisti išgyventi TAIP, nes NU, per sunku*“ (E1-E3). Visgi net ir *nesėkme* pasibaigiantis nevaisingumo gydymas laiko perspektyvoje Elenos spendimus, nuostatas dėl tolesnių gydymo galimybių, bevaikystės klausimo švelnina arba palieka atviras, neformuluojamas, detaliau nebeaptarinėjamas ir tarp partnerių: „*nu va taip ir, nežinau, ar mes dar*

tai bandysim, ar ne. < > (a) Nežinau, sakau / š /, sunku vėl < > VISAIP, kažkaip dabar šiuo metu ta tema mes, vat jau gal kokį pusmetį, apleimai nekalbam. Nežinau, kodėl. Tiesiog jinai < >, neužsiveda ta tema“ (E39-E43). Kita vertus, prisiminta pagalbinės procedūros nesėkmė bei atmintyje kartu išskylantys ankstesnių nėštumų praradimai taip pat išryškina ir priešingą Elenos nuostatų pusę, t. y. atskleidžia, kad nepaisant bendrų nesėkmių, moteris savo kelyje į trokštamą motinystę priima save pačią transcenduojančius sprendimus: „ČIA BUVO MANO PASKUTINIS KARTAS, KADA AŠ PERĖJAU PER SAVE, KADA AŠ PERLIPAU IR PASAKIAU, NU GERAI, DAR PABANDYSIU, NORS BUVAU SAKIUS, KAD VISKAS.“ (E29-E30).

Prisimindama pasiruošimo etapą Elena pabrėžia didelę viltį ir tikėjimą procedūros sėkme, kuri atrodė neišvengiama: „*Iš tikrųjų tai aš labai tikėjime buvau, AŠ TAIP TIKĖJAU, KAD BUS TIKRAI...*“ (E44-E45); „*O JAUSMAS (!) (a), SAKAU, TAS TIKĖJIMAS*“ (E82), todėl nesėkmės tikimybė yra tiesiog nesvarstoma, o jau įvykęs faktas yra atmetamas ir neigiamas net ir ilgą laiką po išgyventos patirties: „*... nežinau, aš negalėjau susigyventi, kad man NEPAVYKO*“ (E47); „*O JAUSMAS (!) (a), SAKAU, TAS TIKĖJIMAS IR KAD ĮVYKO KLAIDA, JIS PO ŠIAI DIENAI ATRODO, KAD NA, BLIAMBIA, KAŽKAS, NA... TIKI iki galo, tiki...*“ (E82-E85). Kaip tik dėl to, kad pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės faktą priimti yra labai sunku, prisitaikymo prie naujienos ilgo laiko reikalingą patyrimą lydi tam tikras lūžis tarp kognityvinio nesėkmės pripažinimo ir emocinio šio fakto išgyvenimo: „*Man sunkiausia buvo < >, netgi gal, sakyčiau, po kelių mėnesių < >. Man gal lėčiau daėjo, aš nežinau, kaip buvo*“ (E107-E109); „*Gal tiesiog < > kai tu čia tikiesi, tu svajojai, galvojai ir čia taip įvyksta (!) ir, kažkaip dar tuo metu, nu, kaip pasakyti, TU SUPRANTI, KAS ĮVYKO, BET TAI DAR < >, DAR NEPALIETĖ TAVO ŠIRDIES GILUMOS, dar nedaėjo iki to*“ (E110-E112). Todėl Elenos pasakojame atsiskleidžia, kad jos sunkiausiai išgyvenamas ne nesėkmės faktas, tačiau tam tikras laikas po šios žinios: „*Man sunkiausia buvo < >, netgi gal, sakyčiau, po kelių mėnesių < >. Man gal lėčiau daėjo, aš nežinau, kaip buvo*“ (E107-E109), kuris persipynęs kartotinių pasiruošimo procedūrai vaizdinių, garsinių prisiminimų, asociacijų, išskylančių spontaniškai ir nekontroliuojamai: „*Tiesiog va tada tai < - > (a) kiekvieną vakarą iš tikrųjų ašaros (!), kiekvieną vakarą, bet ką, ar tu filmą pasijungi, ar tu įlipi į autobusą ir tu matai mažą vaiką, ar tu, nežinau, bet ką, atrodo darai, ar tiesiog daina kažkokia groja ir tu save pagauni, suriši, kad va aš ėjau, važiuom mašinoj dirbtinio apvaisinimo daryt, ir va šita daina grojo, ir tu automatiškai... Ir va tada man buvo toksai labai labai labai sunkus momentas*“ (E115-E116). Apibendrinant teigtina, kad pats Elenos nevaisingumo gydymo nesėkmės išgyvenimas užtrunka laike, o emociškai stipriausius momentus suakumuliuoja tik praėjus keliems mėnesiams po pačios nesėkmės fakto atsiradimo, be to, ataidi ir iki pat einamojo laikotarpio.

Pagalbinio apvaisinimo proceso eiga Elenai taip pat yra svarbi dalis, tam tikrais aspektais kelianti svarbius prisiminimus pasakojime apie netektį. Žvelgiant į procedūros atlikimo aplinkybes,

Elenos patirtyje įsimintina susiformavusi kritiška nuostata į procedūrą vien kaip techniškai atliekamą paslaugą, kurioje moteriai jautri situacija praranda unikalumą, o lūkestis dėl specialistų empatijos pasirodo beprasmiškas: „bet ten (!) tai tiesiog procedūra: va atėjau, prašau, padariau, kas tau reikia ir viso gero, ten per daug nesigilinama < - >“ (E63). Elenos pastebėjimu, net ir medikų komunikacijos su pagalbinės procedūros reikalingais pacientais stilius yra veikiau vengiantis, nei atliepiantis moters situacinio bendravimo poreikius: „... sunku su tuo gydytoju...“ (E61); „Čia, nežinau, čia gal kitaip bendraujama, bet ten (!)...“ (E62); „Ir dažniausiai, kai skambindavau, tai tik gydytojo sekretorė sakydavo „aš susisieksiu su gydytoju, aš jums perskambinsiu ir pasakysiu“... ir pats net nebendravo, na, dėl vaistų nebent, jeigu ten kažkokie neaiškumai...“ (E64-E65). Todėl procedūros eigoje Elenai teko imtis ir savarankiškos iniciatyvos, išreiškiant reiklumą dėl tam tikrų medicininių tyrimų tam, kad jos pastojimo rezultato situacija taptų aiškesnė: „... sakau, nu tai gal padarysit kraujo tyrimą (?!), nes, vėlgi, tie testai juk ne šimtaprocentinis kažkoks įrodymas taip ar ne ir, vėlgi / š /, vos ne per prievartą išsireikalavau to testo...“ (E70-E72).

Paklausta apie mintis ir jausmus, kuriuos išgyveno konkrečiai žinios apie *nesėkmės* faktą situacijoje, Elena pirmiausia prisimena visaapėmusios vidinės tuštumos jausmą, kuris sunkiai įvardijamas: „NET NEŽINAU, TOKIA (a), kaip tas jausmas, TOKIA TUŠTYBĖ MAN (!)...“ (E88), tačiau kuris taip pat išsitęsias laike ir visuomet išlieka motyvu ieškoti tą tuštumą galimai užpildančių alternatyvų: „Norisi save kažkaip, nežinau, tą tuštumą užpildyti kažkuo, tuo pačiu padaryti gerą darbą“ (E292-E293). Elenos tuštumos jausmą lydi neišvengiamos savigailos, kaltės, defektumo jausmai, išorinės bausmės potyris, susicentralizuojantys į individualizuoto išskirtinumo išgyvenimą, kuriame moteris, kalbant metaforiškai, jaučiasi lyg „nesėkmės indas“, neturintis tam jokio tikslesnio argumentuoto priežastinio paaiškinimo: „... man tai grynai taip, taip galvoj toks, aišku, gailestis savęs, visų pirma, kad va IR VĖL MAN (VV), NU KODĖL MAN, KAS NEGERAI, KĄ PADARIAU AR PRIEŠ KĄ ČIA PRASIKALTAU (?!), nes, vėl, nu tyrimai geri, viskas gerai, sveikas, drūtas ir ir niekas čia priežasties nu negali nusakyti, kodėl taip atsitiko“ (E89-E94). Kita vertus, žinia apie *nesėkmės* faktą, sujaukia Elenos mintis, o bendra būseną veikiau primena patirtos vidinės dezorganizacijos, savęs vientisumo praradimo patyrimą, kurį pati moteris palygina su permaininga „gyvo negyvėlio“ savijauta, kuriai esant jos veiksmingumą netikėtai keisdavo atsiribojimas, nutolimas nuo supančios aplinkos, betikslis dėmesio sutelkimas į vieną neapibrėžtą objektą: „Tai va tas toksai (a) < > chaosas, aš taip sakyčiau, galvoj. Toks išsidarkymas toksai, aišku, jau ten... toks suzombėjimas, kada tiesiog eini namo ir tu čia VERKI, ČIA IŠ VISO TU ŽIŪRI Į VIENĄ TAŠKĄ ir < >, nemoku papasakot, kažkaip, sakau < >...“ (E95-E98).

Savo pasakojime Elena kelis kartus atskleidžia bendravimo stiliaus ir atvirumo apie savo patirtą nevaisingumo gydymą ir šio gydymo *nesėkmę* specifiškumą, kuris taip pat yra labiau svyruojantis, skiriasi priklausomai nuo laikotarpio gydymo procese. Ruošiantis pagalbinio

apvaisinimo procedūrai Elena nebuvo itin reikalinga bendravimo šia tema, tačiau netrukus po *nesėkmės* poreikis atvirumui ir emocijų išliejimui buvo itin sustiprėjęs. Visgi Elena pripažįsta, kad galimybės tokio poreikio patenkinimui nebuvo, atsižvelgiant į tai, kad visi bandymai moters ir jos sutuoktinio tarpusavio pokalbius nukreipti bendram judviejų kančios įžodinimui ar kylančių emocijų išliejimui netrukus persiorientuodavo vien į sutuoktinio guodinimą, todėl erdvės pačios Elenos atvirumui nelikdavo: „*Ir < > aš tik kažką biški užsimenu (!), aš jau matau, jį verčia. Ir viskas – mūsų pokalbis nepavykęs*“ (E143-E144); „*Bet kad taip labai būtume pasikalbėję, tai neatsimenu šito. Aš, kaip ir sakau, norėjau taip išsižliumbti, išsidraskyti, kaip būna su pasikūčiojimais abudu apsikabinę, bet neišėjo pas mus taip: jis pradeda raudoti, tada jau man jo gaila, tada aš apie save negalvoju (!), tada aš jau jį raminu ir, va taip*“ (E147-E150). Dėl šios priežasties, kaip jau ir buvo minėta, Elenos šeimoje tęstinio gydymo tema lieka tarsi „išaldyta“: viena vertus dėl situacinių aplinkybių, susijusių su teisiniais pagalbinio apvaisinimo procedūros apribojimais, kita vertus, dėl temos skausmingumo, kurį paliesti vis dar yra trapu. Vienok, net jei Elena ir turėjo pašnekovę už šeimos ribų savo išgyventos nevaisingumo gydymo *nesėkmės* temos atvirumui, tačiau ilgainiui temos skausmingumas, provokuojantis ir emocijų pliūpsnius, formuoja moters nuomonę, kad šia tema reikėtų dalintis ribotai arba išvis baigti ją gvildinti, veikia užgniaužti: „*Ir kažkaip tada, atsimenu, ir su drauge tada sėdėjom ir kalbėjom mes, kad reikia, tikrai, stengtis ir tarpusavyje apie tai nekalbėti*“ (E130). Juo labiau, kad visgi išlieka požiūris dėl išliekančios tikimybės, kad su tokia problema nesucidūrę asmenys negali labai taikliai perprasti šios skausmingos patirties jautrumo: „*... nu bet vėl, pašnekėt žmogui iš šalies, kuris to... neišgyvenęs, gal kitaip atrodo*“ (E134). Svarbu ir tai, kad dėl aplinkos žmonių, – tarp kurių ir moteriai artimi asmenys, – komunikavimo būdo (kritišku, palaikymo ir empatijos stokojančių reakcijų) Elena priima sprendimą nesidalinti galimais nevaisingumo gydymo ketinimais ateityje: „*Na (a), jei konkrečiai apie mamą tai tokio palaikymo < > tai nebuvo dėl šito paskutinio karto VV. Kaip tik buvo toksai „nu kam tau čia reikia; ar tu jau čia mažai visko išgyvenai; ir metų jau tų daug; ir dar ta rizika; ir čia gims koks nesveikas... Na tiesiog va toksai, kad aš paskui net nusprendžiau, kad jeigu aš tai darysiu dar kartą (!), aš nesakysiu niekam*“ (E237-E239); „*... tai < > tiesiog nebesakyčiau tikrai. Išvis, sakau...*“ (E242). Kita vertus, toks planų neatskleidimas pačios Elenos vertinamas ne tik kaip apsidraudimas nuo bereikalingo žmonių smalsumo ir betikslių pamokymų, bet ir kaip savisaugos motyvas išvengti galimos pakartotinės kaltės jausmo, jei ateityje galima gydymo procedūra dar kartą baigtųsi *nesėkme*, tuo pačiu pripažįstant tokios nuostatos neracionalumą: „*Nes vėl paskui save kaltinsi, kad vat, per daug gal čia atviravau, per daug čia žmonių žinojo gal; gal čia tas įtakojo, nu kas yra šiaip visiškai, nežinau, nesąmonė, manau, bet vėl, gal dar dėl ko gal reiktų nesakyti, kad po to, kai nepavyksta, po to irgi labai daug tų skambučių „nu kaip tu dabar?“, „nu tai kaip čia tu, tai ką dabar darysi“; „tai*

gal tu vaikinkis, tai gal tu ten bandyk, o tu tuo metu, tikrai, nenori girdėti tikrai jokių tokių pamokymų. AŠ ASMENIŠKAI NENORĖJAU“ (E243-E246).

Kalbėdama apie nevaisingumo gydymo *nesėkmės* įveikos, savipagalbos būdus, visų pirma, Elena pabrėžia savo nuostatą, kad visą patirtą situaciją ir jos keliamą emocinį skausmą moteris norėjo įveikti savarankiškai, t. y. net ir pripažįstant, kad situacija buvo sunki psichologine prasme, ji nesvarstė galimybės kreiptis psichologinės pagalbos: „Bet... sunkiausia tai, aišku, psichologiškai su tuo susitvarkyti labai visada...“ (E206); „Aišku, ten X² aš dar gavau porą laiškų, kad pabendrauti su psichologais (a), bet aš kažkodėl nusprendžiau, kad man to nereikia, kad aš tiesiog susitvarkysiu čia pati“ (E153-E154). Be to, ilgainiui Elena ima laikytis nuostatos dėl pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* kylančių minčių ir joms antrinančių emocijų būtinos kontrolės – gilesnės analizės draudimo, o praktikuodama sąmoningai pasirinktas relaksacines kvėpavimo technikas, dėl minėtų minčių kylančią emocinę įtampą siekia „iškvėpti į išorę“, bet ne įvidinti: „... tai taip ir ši kartą, kažkaip, tiesiog, KAD IR KAIP BUVO SUNKU, matydavau, kad užaina man tos emocijos ir TADA VISKAS, STOP, STOP – TU NEGALI SAU LEISTI EITI GILYN Į TAS MINTIS,“ (E126-E127); „... netgi tie patys kvėpavimo pratimai, kur tiesiog atsisėdi... ir kur tiesiog, vat pagauna kažkas (!) ir toks įkvepi – sulaikai ir toks uf..., vat kad, nu, neleisti tai emocijai eiti gilyn į tave“ (E137-E138). Be dažnų savo minčių ir emocijų kontrolės pastangų Elena savo gydymo *nesėkmės* įveikai pasirenka aktyvias ir kūną atpalaiduojančias veiklas – keliauja, sportuoja, renkasi ilgus pasivaikščiojimus ir meditaciją, o grįžusi į namus pripažįsta, kad jai veiksmingiausias savipagalbos būdas, padedantis susigyventi su pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkme* – darbinė veikla: „O paskui, kai grįžau tada, kai grįžom iš tos Y³, aš tiesiog pagavau save, kad TIKTAI DABAS, koks pastovus užsiėmimas, savęs kažkoks toks vat investavimas į kažką kitą nebeleis kažkaip dažnai apie tai galvot“ (E156). Su *nesėkmės* įveika susijęs ir Elenos sprendimas pasinaudoti galimybe globoti be tėvų priežiūros liekančius vaikus: „Laikina globa, – **kuo dabar ir einam tuo keliu...**“ (E280); „Norisi save kažkaip, nežinau, tą tuštumą užpildyti kažkuo...“ (E292).

Elenos pasakojime taip pat pabrėžiamos ir tam tikros kylančios nuostatos pačių pagalbinio apvaisinimo procedūrų kokybės, gydymo skaidrumo požiūriu, taip pat ir dėl bendro pobūdžio sisteminių klausimų: porų nevaisingumo gydymo teisinio reglamentavimo bei įvaikinimo paslaugų įstatyminių aspektų. Kritinės nuostatos vyrauja tarsi pačios Elenos išgyventos pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* kontekstas, kuriame, nors ir netiesiogiai, minėta *nesėkmė* kelia dar didesnę nusivylimą: „Ir vėl, ir ta valdžia... Čia nieko nekaltinu (!), bet kažkaip, jie priimdami tuos visus įstatymus, ir, kaip ir dabar dėl to dirbtino apvaisinimo, ten nevedusiom porom, kas tai nėra gal čia baisiai aktualu (!), bet vėlgi, kodėl dabar aš turiu EITI, ŽENYTIŠ DABAR DĖL TO, KAD MAN

² Ženklu X žymima šalis, kurioje tyrimo dalyvei buvo atlikta PAP.

³ Ženklu Y žymima šalis, į kurią tyrimo dalyvė išvyko po nesėkmingos PAP.

DABAR MINISTRAS PIRMININKAS LIEPĖ? Kodėl?“ (E257-E261); „Globa, tai aš galėčiau įvardinti, kad čia toks didesnis biznis, nes iš to tikrai pasipelnyti nori“ (E298).

4 priedas. Gerda: pagalbinių apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Paprašyta prisiminti ir papasakoti konkrečią situaciją ar aplinkybes, kurios Gerdai atrodė svarbios tuo laikotarpiu, kai išgyveno atliktos pagalbinių apvaisinimo procedūros *nesėkmę*, moteris pabrėžia, kad visas su situacija susijęs laikas buvo emociškai sunkus, ir ne tik dėl nevaisingumo, bet ir dėl papildomų priežasčių. Vadinasi, nevaisingumo gydymo *nesėkmės* atveju daugelis neigiamų patirčių susiakumuluoja, sukeldamos ilgą ir tęstinę emociškai įjautrintą savijautą: „*Tas laikas jau buvo pakankamai < > ir šiaip emociškai buvo labai labai sunkus. Ir jįsai nebuvo sunkus vien tiktai dėl nevaisingumo < > buvo daug kitų įvairių dalykų, kur buvo labai didžiulė įtampa, nerimas, < >...*“ (G1). Taip pat patikslinama, kad pagalbinių apvaisinimo procedūros, o ir viso nevaisingumo gydymo proceso *nesėkmės* sugeneruoja didesnę prisiminimų rinkinį, susijusį su nemaloniais ir emociškai sunkiais išgyvenimais: „*Vis tiek tos patirtys, kai neturi sėkmingo rezultato, tai daugiau prisimeni, galbūt, nusivylimų, neviltes kažkokios, tų jausmų, kurie turi, na, neigiamą tokį aspektą*“ (G210). Nepaisant visuminio fiziškai ir emociškai jautraus laikotarpio, savo pasakojime Gerda pakartotinai pabrėžia pamatinę nuostatą, kuria vadovavosi visus bandymų susilaukti kūdikio metus, t. y. neišsenkantį ir natūralų ryžtą tęsti procedūras, nepaisant daugkartinių pastojimo *nesėkmių*: „*... nes man tai buvo tas toks natūralus dalykas – aš neketinau sustoti*“ (G22-G23); „*Mano pirmas klausimas buvo, kai kalbėjau su gydytoja jau po nesėkmės, iš karto klausiau, tai kada galima daryti kitąkart*“ (G195), ir kuri laikinai minimizuoja tik nepageidaujamos moters kūno reakcijos į nevaisingumo gydymą – naujai susiformuojančios fiziologinės kliūtys: „*< - > Bet organizmas mane sustabdė*“ (G24). Kita vertus, nepaisant viso pagalbinių apvaisinimo procedūros *nesėkmės* patyrimo konteksto, būtent *nesėkmė* Gerdai pateikia atsakymą dėl motinystės noro vientiksliskumo, t. y. viltis ir siekis susilaukti kūdikio yra aukščiausias motyvas dėti visas galimas pastangas, kurios, pačios moters vertinimu, yra svarbesnės nei siekis per motinystę išsaugoti sąjungą su sutuoktiniu: „*Ar tai buvo < > / š / bandymas tą santykį išlaikyti, kai tos procedūros buvo imtasi... tą santykį išlaikyti, jeigu mes turėsime vaikų, tai gal mes galėsime būti kartu? Tai atsakymas tikrai būtų ne. Tai buvo labiau didesnis noras būti ne su tuo žmogumi (!), o turėti vaiką. < - > Tiesiog turėti vaiką. Ne su tuo žmogumi, bet turėti vaiką. Tai aš ėmiausi tuomet < > visko < > ir labai agresyviai tuo metu*“ (G88-G92).

Pagal Gerdos pasakojime išskirtas ryškiausiai jos atmintyje likusias situacijas, susijusias su jai atlikto pagalbinių apvaisinimo procedūros *nesėkme*, matyti, kad pats *nesėkmės* išgyvenimas patirtyje nebūtinai siejamas vien su pačios procedūros neigiamo rezultato faktu. Gerdos atveju *nesėkmė* iškelia išgyvenimus, situaciniai susijusius su pasiruošimo procedūrai epizodu arba laikotarpiu po procedūros atlikimo. Pagalbinių apvaisinimo *nesėkmės* sąsajų su konkrečia

medikamentų susileidimo vėlavimo situacija Gerda labiau ieškojo tuo metu, kai paaiškėjo stimuliuojančių vaistų poveikio rezultatas, kuris nebuvo toks geras, kaip buvo tikimasi ir galimai prognozavo prastesnę procedūros baigtį: „*Nors dar labiau aš mintimis „grįžau“ į tą virtuvę, kai man ištraukė tris kiaušialąstes. Jo, tada aš labiau „grįžau“ (G191); „... bet kai aš sužinojau, kad nesivysto, vat tada aš grįžau į tą savaitę. Kraustymasis. Ir tada maniau, ar galėjo būti kas nors kitaip... < > jeigu nebūtų šito laikotarpio. Ir, aišku, čia tokia momentinė mintis...“ (G223-G224).*

Paklausta apie nevaisingumo gydymo *nesėkmės*, nors dar tik numanomos, sukeltų minčių ir emocijų išgyvenimus, Gerda prisimena situaciją, kurioje, visų pirma, pajuto praradusi bet kokią savo savijautos, minčių ir emocinių reakcijų kontrolę, išgyveno beviltiškumo, situacijos absurdiškumo momentą, o tam tikrą akimirką pajuto ir minčių „kūniškumo“ epizodą, Gerdos vertinamą kaip panikos ataką, itin didelį sutrikimą: „*Buvo toks ganėtinai, toks nevilties kažkokios ir bejėgiškumo iš tos situacijos absurdiškumo jausmas“ (G49); „Absurdiškumo, nes tai buvo pusė valandos. Iš esmės, ten nebuvo jokios priežasties < > šitaip panikuoti < - >, bet tas jausmas, kai tave < > NUPLIEKIA TIESIOG, per visą kūną per tave praeina tas, kad tu turėjai tai padaryti prieš pusvalandį, < > kai tu bėgi visiškai pasimetęs, kai šiaip aš esu žmogus ganėtinai SVEIKO PROTO ir retai kada... ir vat tai buvo mano toks visiškai absoliučiai nevaldoma. Visiškai pasidaviau < > tam momentiniam panikos jausmui“ (G52-G58). Šis akimirksniu įvykęs Gerdos pasimetimas vertinamas kaip jos griežtai suplanuoto nevaisingumo gydymo eiliškumo griūtis, kuri taip pat reiškia ir užprogramuotą pagalbinio apvaisinimo sėkmės žlugimą: „*Ir jei tai vyksta kažkuria ne ta tvarka arba ne tuo nustatytu metu, tai atsiranda tas, ta pirminė tokia mintis, kad tai jau ir yra pabaiga. Tai kokios man mintys tuo metu, iš kur ta panika ir kilo, ji ir kilo iš to, kad ta mintis buvo – TAI JAU VISKAS. Tai dabar jau nieko ir nebebus. Tai aš jau pavėlavau, pramigau, žodžiu, tai viskas...“ (G181-G184).**

Savo pačios vertinime Gerda jautėsi nepataisomai nevaisinga ir defektuota, tačiau tai buvo išgyvenama kaip vidinis patyrimas, kėlęs baismės ir jos kankinimo hipotezes bei svarstymus dėl nevaisingumo (fizinės motinystės stokos) ir savipakankamumo, savirealizacijos nesėkmės sąsajų: „*Nes tu, tarsi, visą laiką jautiesi < > bergždžia.“ (G238); „*Tai < > tas bergždumas, toksai jisai iš esmės yra ar tavo kryžius (?) ir dėl to nesi pakankama? Čia va to savirealizacijos, to pakankamumo klausimas“ (G240). Visgi tokie svarstymai Gerdai nesudaro kliūčių susiformuoti palankų požiūrį į savo kūną, kontrastiškai besiskiriančią nuo tuo metu išgyventų vidinių savęs vertinimų. Nors ir negalintis išnešioti kūdikio, Gerdai jos kūnas tapo susižavėjimo objektu, kurio galios pereinant visą nevaisingumo gydymo procesą moterį stebino, o taip pat neleido prarasti viltes jo tvirtumu ir galimybėmis ateityje: „*O tai, kad žavėtis, nepaisant to, kad (a) nėra, neturėjau galimybės išnešioti nė vieno vaisiaus, mano nusivylimas mano pačios organizmu per šituos keletą metų, bet būtent per šituos keletą metų, jis... jis, neatsirado nusivylimo. Aš pradėjau juo žavėtis, kiek jisai gali < > nešti.***

Visko. Ir išverti. Ir išbūti neįprastų situacijų. Tokių, kur yra nenatūralios tėkmės, taip pavadinkim, situacijų. Ir prisitaikyti“ (G204-G206).

Visame Gerdos pasakojime ypač ryški tarpasmeninio santykio su sutuoktiniu tema, kurią plėtojant atsiskleidžia *nesėkmės* kaip „lakmuso“, nuolat patikrinančio Gerdos santuokos ir tarpasmeninio ryšio tvirtumą bei kokybę, vaidmuo. Gerdos išsakyta mintis siejama su dideliu nusivylimu partneriu, kurio elgesys ir bendravimo su moterimi stilius nevaisingumo gydymo proceso akivaizdoje daužo Gerdos lūkesčius, tačiau, kita vertus, ilgainiui viso kelio į tėvystę *nesėkmė* atveria galimybes sutuoktinių tarpusavio komunikacijos naujų būdų paieškai ir palankiems susikalbėjimo ir sutarumo atradimams. Jei pasakojimo pradžioje Gerda mini emociškai stiprius atsietumo nuo partnerio epizodus ir visą laikotarpį vertina kaip vykusį judviejų santuokos išsaugojimo prasmingumo kraštutinį persvarstymą: „*Buvo neapsakomai daug nepasitikėjimo šitame procese, nusivylimo labai daug... tuo žmogum. Tai tas laikotarpis buvo neapsakomai sunkus mums abiem. < > Labai“ (G78-G79); „Tai buvo, ko gero, didžiausias išbandymas, koks tiktai galėjo būti mūsų santuokai tuo metu. Pats sunkiausias laikas iš viso (!), tai buvo, tikriausiai, mūsų abiejų mąstymų, ar iš viso verta būti kartu, kulminacija < - >...“ (G82-G84), tai vėliau pasakojime atskleidžiami pavyzdžiai, susiję su nauja sutuoktinių santykio kokybe, pradedama pastebėti būtent nevaisingumo gydymo *nesėkmės* dėka. Šie atradimai suponuoja ne tik susikalbėjimo galimybę, bet ir atveria vienas kito matymą abiem kryptimis, t. y. Gerda atranda iki tol nepažinių įžvalgų apie sutuoktinio vidinius išgyvenimus, susijusius su moters jautrumu ir, kita vertus, Gerda pati imasi naujų pastangų formuoti kitokią, įsiklausymu pagrįstą bendravimo su sutuoktiniu stiliumi, apvainikuodama tai pripažinimu, kad tokiam atradimui iškilti prireikė visų judviejų santuokos metų: „... tiktai... < - > gal praėjus metams, kai aš jau išmokau < > kitaip užduoti klausimus ir išlaukti atsakymo, aš išgirdau (!), kad, kodėl jam yra sunku toleruoti mano ašaras. Jis tai priima labai asmeniškai. Jis tai priima kaip JO kaltę, net nepaisant situacijų ar aplinkybių. Kad mano ašaros yra jo nesėkmės, jo negebėjimo mane padaryti laiminga pasekmė“ (G108-G109); „< - > Tam reikėjo penkiolikos metų santuokos / š /. Ir kad aš, galiausiai, išgirsčiau apie ką tai yra. < - >“ (G110-G111); „Ir kitokio komunikavimo aš negaliu sakyti, kad < > kad tam nereikėjo ir man pačiai rasti būdą, kaip su juo komunikuoti. Tikrai“ (G119). Galiausiai, tokios aplinkybės suakumuliuoja abipusį kulminacinį judviejų suvokimą, kad sutuoktinių ryšys visgi jiems yra itin brangus, nepaisant bevaikystės galimybės ir ateityje: „*Tai aš mačiau, kad jis labai rimtai ir, galbūt, net gi, mane tai, TAI mane labiau sužavėjo, kad jisai IŠ TIKRŲJŲ, puikiai suvokdamas, ir žinant jo būdą, TIKRAI apie tai galvoja. Tai reiškia, kad TAI, KĄ JIS MAN PASAKYS (!), bus gerai apgalvota ir tikra“ (G147-G148); „Grįžus namo, aš pamenu, kad jisai pasakė „nepaisant to, kad aš vis tiek tikiu, kad mes GALIM turėti vaikų, bet man svarbiau būti su tavim“.* < - > *Tai buvo tikrai < > gražu. < - > Ir jisai IKI ŠIOL tą patį sako“ (G150).**

Savo pagalbiniu apvaisinimo procedūros *nesėkmės* patyrimo pasakojime atsiskleidžia kelios Gerdai svarbios įžvalgos, kurios padeda jai pačiai sau atsakyti į tam tikrus ilgų apmąstymų klausimus, suprasti, kiek svarbių temų vis dar slypėjo neverbaliniame lygmenyje, apibendrinti savo išgyvenimus. Gerda išgyvena nevaisingumo situacijos „ribiškumą“, kuris veikia jaučiamas emociškai, nei lieka suprstas kognityviai. Ir tik tam tikrą dieną moteris supranta, kad iki tol daug su nevaisingumu [ir, spėjama, su savęs vertinimu] susijusių dalykų, slypėjusių pašąmoniniame, neverbaliniame lygmenyje, buvo tiesiog sau nepripažinti, neįvardinti: „*Nes pašąmoningai aš vis tiek maniau, kad keturiasdešimt – tai yra tarsi ta riba, žodžiu, kur, jeigu tu nepastoji iki keturiasdešimties... Ir tai nebuvo mano mintys; mintys buvo mano, kad viskas yra tvarkoje (!), bet kai TA DIENA ATĖJO (!), tada aš realiai suvokiau, kad daug dalykų aš pašąmoningai net... aš pašąmonėje turėjau, bet visiškai neįvardinau*“ (G152-G155). Visgi nepaisant savęs nuvertinimo dėl biologinio amžiaus fakto, akimirksniškai sukeliančio dramatišką kūdikio laukimo vilties žlugimo jausmą: „*Nes tos pačios pirmos mintys tai buvo – viskas, biologinis laikrodis tarsi su šita, vat, minute, žodžiu, SUSTOJA (!) ir visa tai, kas dabar yra, tai yra tikrai, nežinau, karsto spalvos pasirinkimo, žodžiu, laikotarpis, nes, tarsi, < > VISKAS, jau MAMA AŠ NIEKADA NEBŪSIU*“ (G156-G158), Gerda ilgainiui pavyksta palikti vilties bei tikėjimo kūdikio planavimui ateityje, taip pat tam tikra prasme reabilituoti savivaizdžio, savivertės sampratą, taip leidžiant sau žvelgti į ateitį šiek tiek ramiau ir paprasčiau. Vienas tokių ryškesnių prisiminimų Gerdai siejasi su svarstymais, kuriais yra atskiriama fizinė ir emocinė motinystė: „*Čia buvo tas meniu, kur aš galvojau, ar dėl to, kad jei tu neturi fiziškai kūdikio, ar, emociškai, tu vis tiek nesijauti mama? Filosofinis tas klausimas iš tikrųjų yra. Ar mama turi būti tik tada, kada tu turi jį? Ir jeigu tu net jį pagimdai ir kažkas jam nutinka ir tu jo neturi, ir ar tada tu nustoji būti mama?*“ (G232-G233); „*Nes aš sau pati atsakiau į klausimą: aš bet kuriuo atveju jaučiuosi mama. Netekusi jų kelių, fiziškai jų neturėjusi, bet vis tiek mama. Sau – taip*“ (G235-G236). Įtvirtinusi naują įžvalgą, net ir nepaisydama suvoktos bevaikystės tikimybės, Gerda visuomet išsaugo viltį turėti savo kūdikį: „... tu, tarsi, priimi faktą, kad neturėsi vaikų, bet vis tiek turi viltį (!), ir visą laiką, kai kažkaip nėra taip, kad tai būtų visiškai palaidota. Viltis ne, tikrai ne“ (G169).

5 priedas. Nora: pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Kalbėdama apie savo pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* patirtį, Nora visų pirma pabrėžia situacijos apibendrinimą, kur visas laikotarpis buvo jos sunkiai emociškai išgyventas – tiek iki procedūros, tiek ilgą laiką po procedūros nesėkmės fakto žinios: „*Visa ta situacija sunki*“ (N1) ir ne kartą akcentuoja akumuliacinį visų sunkumų ir išgyvenimų, svarbių visuminiame nevaisingumo gydymo kontekste, poveikį jos savijautai: „... *ir viskas tarpusavyje suėjo*“ (N105); „*Viskas susigrūdo: tie visi konfliktai, mintys, neišsakyti jausmai su juo, tie visi... viskas viskas viskas susirinko...*“ (N167). Norai žlugusi pagalbinio apvaisinimo procedūra lyg netektis, kuri išskleidžiama viso pasakojimo metu, antrinama konkrečiame laikotarpyje patirtų ir dar kelių skausmingų netekčių, kurios neišvengiamai stiprina viena kitos keliamą kančios jausmą: „... *nes tuo metu aš dar išgyvenau ir močiutės – labai artimo žmogaus – mirtį keletą mėnesių prieš tai < >. Vėliau – tėvo... Ir tas visas labai veikė*“. (N28); „*Nes skaudžiausia, kad dar tada dar išgyvenau tą netektį, močiutės, ir tada viskas susiliejo (!)...*“ (N40). Kita vertus, pripažįstama, kad tam tikru laikotarpiu Noros turėtas pagrindinis tikslas – turėti kūdikį – tampa vienakryptis, todėl pasirenkamos visos tuo metu prieinamos priemonės. Nepaisant sunkumų, turėtas dirbtinai padidintas tikslas susiaurina net ir pačią pasaulėžiūrą – visa gyvenimo eiga perorientuojama būtent pagal minėtą judėjimą tikslo link: „*Bet tu matai tik tikslą, o jau priemonės imi, kokias galima. Viskas susiaurėja. Tas tikslas labai išdidintas būna. Vaikas – labai išdidinta. Visas gyvenimas prie to yra pritrauktas*“ (N192).

Nors iš visos pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* išgyvenimo istorijos Nora detaliai prisimena daug situacijų: „... *pamenu, kaip dienom viskas vyko. Tam tikrą dieną turėjom važiuoti procedūrai*“ (N12), tačiau pirmoji, greičiausiai atgaminta atmintyje, susijusi su aplinkybiškumu – patirtu autoįvykiu ir tos pačios dienos vakarą jos kūno natūraliu fiziologiniu patvirtinimu apie tai, kad minėta procedūra nepavyko. Šioje situacijoje, kuri vienu ir tuo pačiu metu atrodė momentinė, bet ir užsitęsusi, Norai viskas tarsi sustojo: „*Akimirka tokia sustojusi*“ (N44), o savijauta sunkiai įvardijama, kupina minčių ir jausmų sumaištis, lydima ir fiziškai pajuntamų besikeičiančios erdvės regos iliuzijų: „... *ir < > didinasi taip: tos mintys, ant tiek daug tų minčių galvoj, jausmų, minčių...*“ (N45-N46); „*Aš kaip sustojus aš vonioj stoviu ir < > lyg išdidinta vonia tokia, kaip padidėjusi iš visų kampų*“ (N43).

Iš visos jausmų ir minčių sumaištis Nora retrospektyviai išskiria spėjimą, kad keli bandymai pastoti pagalbinėmis priemonėmis, pasibaigę *nesėkmėmis*, gali būti ir jos kūno fizinio atsako į tuo pačiu metu išgyventą begalinę emocinę įtampą, išdava: „*Galvojau, kad < > organizmas neatlaikė. Fiziologinė ta tokia baimė dėl organizmo, kiek buvo sudėta*“ (N47). Išgyvenant *nesėkmę* Norai kilo gausybė svarstymų apie *nesėkmės* priežastis ir paskirtį, todėl ji sau ieškojo atsakymų ir į konkrečius,

ir į retorinius klausimus, susijusius su jos asmeninės patirties naštos atlaikymu: „*Kiek gyvas žmogus / š / gali atlaikyti? Nors, atrodė, galėsiu, bet...*“ (N119). Pirmiausia šie atsakymai siejosi su Noros kūniškumo išgyvenimu, kuriame jautėsi esant reikalinga kūni suteikti būtinas pertraukas nevaisingumo gydyme: „*Kažkiek bandžiau gauti tų pertraukų, bet...*“ (N124) ir pripažįstant, kad kūnas geba sutelkti ir visą emocinę našta, kuri, net ir paslėpta tyloje, manifestuoja atitinkamomis kūno reakcijomis: „*Tylėk netylėk, o anksčiau ar vėliau išlįs vienaip ar kitaip. Arba per kūną...*“ (N191). Nevaisingumo gydymo *nesėkmė*, patiriama kūniškai, šiuo atveju provokuoja ir begalinį baimės jausmą dėl papildomos procedūros tikimybės neapibrėžtoje ateityje – tiek dėl to, ką kūni dar kartą reikės išverti, tiek dėl galimai pasikartosiančio *nesėkmės* patyrimo: „*Ta baimė <...> kad kam man DAR, jeigu taip yra dabar – ką aš išgyvenu, ką aš praėjau, o tai vis tiek emociškai sunku, kas toliau bus – dar baisiau / š /. Kaip našta tokia, baimė, našta, kad kas toliau bus < >, jeigu nepavyksta: vėl praeiti tuos visus gydytojus, vėl tie vaistai, vaistų leidimas... < >*“ (N36-N38).

Pagrindinis Noros savipagalbos būdas *nesėkmės* akivaizdoje buvos susijęs su tam tikros „saugios zonos“ paieškomis, turinčiomis suteikti emocinio saugumo, kompensuoti ir nevaisingumo gydymo procese patirtą vienvės jausmą. Tokia priebėga Nora pasirenka studijas, kurių metu sąmoningai pasirenka vienvės temos analizę: „*Tad mane labiau mokslas gelbėjo, aš labai pasinėrusi buvau... į mokslą. Man labai padėjo*“ (N145); „*Nes kažkur aš jausdavausi, kad man gaunasi, kad aš kažkur galiu gal < > pasislėpti, kažkur kitur mintis nukreipti. Tai buvo mokslai*“ (N147); „*Ir netgi bakalauro darbą aš pradėjau rašyti apie vienvę, matyt, dėl to / š /. Norėjau sužinoti, ką šneka filosofai, psichologai apie tą būseną visą, kiek sutaps su mano išgyvenimais, pastebėjimais...*“ (N144).

Pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* sukeltų emocijų požiūriu, Noros būseną buvo dviprasmiška: viena vertus, ji pajuto gausybę stiprių neigiamų emocijų, kita vertus, *nesėkmė* prilygo tam tikram katarsiui – Nora išsivadavo iš ją slėgusios didelės emocinės naštos, susijusios su tarpasmeniniais santykiais. Nora pasakoja, kad pirmiausia po paaiškėjusios *nesėkmės*, ją užplūdo didelio nusivylimo savimi jausmas, kuris buvo įsisąmonintas, kaip asmeniškai prisiimtos kaltės už neigiamą procedūros rezultatą ir nepateisintų savo pačios pastangų derinys: „*Gal toks pirmiau nusivylimas savim. Kad aš nesugebėjau (?!)*“ (N16; N30); „*Bet vis tiek pirmas toks buvo, kad man nepasisėkė, kad aš neturėsiu*“ (N21). Šis išgyvenimas buvo stiprus nepaisant to, kad nevaisingumo gydymo būtinybė buvo siejama ne su Noros reprodukcinė disfunkcija, kita vertus, būtent Nora sulaukdavo daug priekaištų ir nuvertinimo dėl savo biologinio amžiaus ir negalėjimo pastoti: „*Nes dėl amžiaus, kas vėliau paskui atsitiko, kad... Mes buvom vienmečiai, jau amžius buvo, – man buvo jau apie trisdešimt metų, – motina vis sakydavo, kad jaunesnės gimdo kaip katės, o man čia nepavyksta, nors fiziologiškai pagal visus duomenis čia buvo ne mano < > daugiausia *nesėkmės* dalis, dėl ko tas viskas vyksta – kad turim vykti į kliniką*“ (N19-N20). Noros išgyventas itin stiprus

jausmas taip pat jai priminė visaapėmusios vidinės tuštumos potyrį, kuris pačiai Norai kelia išdžiūvusios, nunykusios žolės stirtos asociaciją, – tokioje žolėje, nepaisant didelės Noros svajos, gyvybės nebuvo: „*Na, kad TUŠČIA, TUŠČIA, na kad nu < > nieko nėra*“ (N22); „*Bet vat būtent tas momentas, ką aš prisimenu, kad jo – aš TUŠČIA, kad aš nesugebėjau...*“ (N29-N30); „*Tas pirminis momentas vat toks buvo – vidinės tuštumos, kad manyje nieko nėra. Norėjau tos gyvybės, bet jos nėra. Kaip šieno / j / kupeta tokia stovi*“ (N51). Nesėkmės situacijoje išgyvenamas ir nemenkas kaltės, dvipusio pykčio, nukreipto į save bei sutuoktinį, jausmas: „... *paskui < > SAU tokia KALTĖ, pyktis vyrui, kad labai sunku tą visą praeiti...*“ (N26-N27), o bendru viso nevaisingumo gydymo laikotarpio vertinimu, ir išsitęsęs vienišumo patyrimas: „*< > Nes aš tuo momentu tokia viena labai jaučiausi. Aš visada viena buvau*“ (N143), kyla abejonių dėl suvokto moteriškumo: „*Kaip krenta tas visas – KAS AŠ? Kaip moteris*“ (N186).

Vienok, ši nesėkmė Norai kėlė prieštarinę jausmą, kurio pagrindu moteris priima vidinę įžvalgą apie tai, kad būtent nesėkmė reiškia ir sąlyginį palengvėjimą, antrinanti ankstesnių tarpasmeninio santykio su sutuoktiniu svyravimų ir sunkumų faktą: „*Ir... Gal paskui sau pripažinau, gal kažkoks < > toks ir dvigubas jausmas, kad, gal ir palengvėjimas, nes aš jutau, kad santykiai su vyru < > na kažkas nėra taip, kaip norėtusi. Toks dvigubas: ir gailestis, ir, ne džiaugsmas, ne, bet tylus tylus palengvėjimas, kad < > nėra*“ (N32-N34); „*Tad pasąmoningai aš ir siekiau to vaiko, ir bijojau, ir nenorėjau turėti nuo to vyro*“ (N203). Ilgainiui visas nevaisingumo gydymo procesas ir jį lydinti nesėkmės tampa prasminga erdve tarpiti sutuoktinių nespėjusiems sutarimams ir tarsi pasitarnauja kaip „užbaigiamasis“ veiksnys Noros apsisprendime santuoką nutraukti: „*Toks pastovus konfliktas buvo viduj plus...*“ (N205); „*Dar pamačiau KITOKĮ ŽMOGŪ...*“ (N207); „*Ir po biški po biški pradėjo viskas išlįsti, kad tie visi neišspręsti dalykai, visi tie spaudžiantys jausmai, jau supratau, kad < > nebus nieko: nieks nedirba, nieks nevyksta*“ (N154-N155). Retrospektyviai apžvelgdama savo istoriją, Nora teigia, kad visos jos pastangos susilaukti kūdikio liko kraštutinai sutuoktinio nuvertintos ir veikiau buvo siejamos su Noros privaloma pareiga, kurios išlaidos padengiamos. Todėl priimdama kraštutinį santuokos nutraukimo sprendimą Nora pasitikrina tokios savo nuostatos pagrįstumą, teisingumą, nepaisydama įžvalgos apie kardinaliai griūnančią realybę ir išliekančio bevaikystės fakto, jo keliamos baimės: „*Ir tada aš supratau, kad aš viską gerai darau, kad aš išeinu, kad bus sunku, < > kad aš nieko neturiu, man gyvenimas visiškai nuo balto lapo, bus sunku, GRIŪNA VISKAS, bet aš teisingai darau. Viena frazė viską patvirtino / š /*“ (N173-N175); „*Bet vaiko kol kas taip ir nėra / š /.*“ (N181); „*Ir didžiausia baimė išėjus buvo... < > kad neturiu vaiko / š /*“; „*Nors pasąmoningai vengiau turėti vaiką, bet baisiausia buvo, kad neturiu < - >. Tai va...*“ (N139-N140).

Nepaisant didelės emocinės naštos dėl pagalbinio apvaisinimo procedūrų priežastinių aplinkybių, procedūrų nesėkmių ir kontekstiškai skausmingų netekčių, Noros pasakojime išsiskiria bendravimo apie savuosius išgyvenimus tema. Viena vertus, pripažįstama, kad nevaisingumo

gydymo laikotarpiu sutuoktiniai beveik nebendravo ne tik gydymo klausimais: „Mes nešnekėjom apie tai“ (N70), bet neatviravo ir dėl nevaisingumo bei jo gydymo kylančių emocinių išgyvenimų: „Ir man nesiderino visiškai, ką aš darau ir kokia reakcija to, ir mes nepasišnekėdavome visiškai. Aš matydavau iš elgesio: kaip jisai elgdavosi, ką sako. Kaupiau kaupiau kaupiau, < > aš nieko nesakiau, ir viskas – vieną dieną neatlaikiau“ (N117-N118). Išgyvenimais Nora nebuvo linkusi itin atvirauti ir su artimaisiais, pavyzdžiui, savo mama: „Oi... aš ja nelabai... Aš ją VISADA SAUGAU, nelabai ką pasakoju jai. Jinai žinojo, bet aš jai viso to paveikslo, ką tenka daryti – tie gydytojai, visa kita, aš, nu, neįtraukdavau jos tiek, kad jinai nesijaudintų“ (N129). Ir tik po santuokos nutraukimo Nora palapsniui augina savo atvirumą aplinkai, taip pat pradeda atviriau bendrauti ir nevaisingumo gydymo tema. Toks pokytis ją pačią išlaisvina iš emocinės naštos, kurią iš šiandienos pozicijos ji pati vertina objektyviau, nors buvusi patirtis Norą pakartotinai nugašdina: „Aplamai pradėjau šnekėti, nes santuokoje nešnekėjau, viską savyje laikiau, niekas nieko nežinojo. O po skyrybų daugeliui buvo kaip perkūnas per giedrą dangų – „kodėl tu išėjai“? Ir aš pradėjau šnekėti, apsivalyti. Bet ne iš karto...“ (N101-102); „Dabar jau galiu šnekėti apie tai. Dabar viskas BAIŠIAI ATRODO“ (N121-N122). Todėl tik po nevaisingumo gydymo *nesėkmės* išprovokuotos Noros santuokos griūtis pripažįstama, kad tokia baigtis užbaigia ir jaustos emocinės naštos egzistavimą: „Aš pajutau, kokia ta NAŠTA nugriuvo, kaip kaip < > kaip man buvo bloga, tik tada pamačiau“ (N75).

6 priedas. Rūta: pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Savo pasakojimą apie nevaisingumo gydymo nesėkmių patirtį Rūtai pirmiausia norisi papildyti įvykių ir išgyvenimų kontekstu, buvusiu jai aktuali dar iki pradėdant eiti nevaisingumo gydymo keliu ir neapribotą vien gydymo *nesėkmės* patyrimu. Dar iki pradėdant pagalbinio apvaisinimo procedūras, sužinojusi Rūtos ir jos sutuoktinio medicininės bevaikystės priežastis, pora išgyveno tarpasmeninio santykio „atšalimo“, emocinio susietumo, artumo ir bendravimo nevaisingumo tema prigesimo, stygiaus laikotarpį: „*Kai mes sužinojome, kad mūsų problema susijusi su vyru, jisai labai užsisklendė ir tuo pačiu, na kaip, jisai užsisklendė ir aš užsisklendžiau. Jisai manęs ne tai kad neprisileisdavo, bet, na, ta tema buvo mums jautri*“ (R2). Tad tiek pradžioje, tiek vėlesniuose nevaisingumo gydymo etapuose kilę partnerių suasmenintos savikaltos išgyvenimai tapo tarsi „tradicinio“ tarpasmeninio užsisklendimo santykiyje palydovai, nepriklausomai nuo vaisingumo funkcijos sutrikimo adresato: „*Nu ir, žodžiu, pas mus su vyru buvo taip, kad jisai – ir iki šiol – kad čia dėl jo kaltės mes negalim, o man, kai kiekvieną kart nepavyksta, kad vis dėlto NEPAVYKSTA MAN (!). Žinoma, čia abiejų reikalas, bet kiekvienas kaltina iš savo pusės truputį save (!)*“ (R8-R9); „*< - > Pirmiausia buvo kaltinimas savęs, tiek iš vieno, tiek iš kito pusės...*“ (R32); „*Dėl vyro kaltės mes negalim pastoti, bet nepastuju aš*“ (R159).

Ypač ryškūs Rūtos patyrimo kontekstiniai epizodai susiję su pasiruošimu pirmajai pagalbinio apvaisinimo procedūrai, kuriuos Rūta įsiminė itin detalai, ir šios smulkmenišką atminties nuotrupą galimai yra išliekančios ilgą laiką: „*Žinoma, aš nuo vaikystės bijau adatų / j /, o čia visi tie tyrimai. Ir prie kraujo paėmimo jau buvau pripratus, bet kai reikėjo SAU SULEISTI VAISTUS (!) į pilvą, tai pirmą kartą tai labai gerai prisimenu / j /“ (R17); „*Čia, tikriausiai, aš ilgai prisiminsiu tą pirmą vaistų dozę*“ (R22). Šiame kontekste Rūtai svarbiomis tampa jos „apsauginės“ organizmo reakcijos iki pradėdant pagalbinio apvaisinimo procedūros pasiruošimą, t. y. netikėtai ir pakartotinai pasireiškiantys somatiniai simptomai, dėl kurių procedūras teko atidėti. Tai, Rūtos vertinimu, veikiau tebuvo situacinės fizinės kūno reakcijos, susijusios su psichologinio nusiteikimo pagalbiniam nevaisingumo gydymui stoka: „*... čia, man atrodo, buvo jau daugiau iš mano pusės psichologinis tas susirgimas, nes < > man buvo sunku prie to prieiti (?!), prie viso to vaistų vartojimo, prie visos tos procedūros, tiesiog psichologiškai. Dėl to mes jau nuo pat pradžių tempėm kelis metus, nes **MUMS abiems reikėjo pasiruošti psichologiškai, nes kai jau nusprendėm, aš, tikriausiai, dar pasąmonėj nebuvau dar tiesiog pasiruošusi, nors jau norėjau. < - > Tas pasiruošimas buvo labai sunkus...***“ (R11-R14). Nepaisant išgyvento ilgo procedūrų proceso, pakartotiniai žingsniai nevaisingumo gydyme Rūtos išgyvenami baimingai net ir iki šiol, t. y. baimingumas išlieka kaip nesenkantis išgyvenimas, nepriklausomai nuo gydymo eigos pakartojimo: „*Trečią kart, irgi, < >**

baisu pradėt“ (R81); „Grįžo ta adatų baimė / š /, kuri buvo prieš tai“ (R110). Visgi pripažįstama, kad dabar jie jau siejami ne su pačiu pagalbinių apvaisinimo procedūrų procesu, o su galimai kartotinė procedūros nesėkmės, nuo kurios neapsaugo jokia gydymo taktika, tikimybe: „Čia labiau, tikriausiai, vėl bijau nesėkmės, bet jinai tiesiog, kad < - > per tą leidimą išryškėja, nes vis vien reikia leisti, kad būtų sėkmė. To ir bijau... < - >“ (R111-R112). Kita vertus, pagalbinių apvaisinimo procedūros eigoje Rūtos išskiriami ne tik gydymo taktikos, bet ir specialių tyrimų laukimo etapai, užtrukę itin ilgai, dirbtinai ištesę bendrą procedūros laikotarpį ir sunkiai emociškai išgyvenami: „Buvo ir tokių tyrimų, kurių **mes laukėm** vos ne puse metų, nes kažkaip buvo ten po to atostogos prasidėjo, o tas laukimas... < - > labai veikia / j /“ (R84-R85).

Sutuoktiniai buvo kupini svyruojančios vilties ir tikėjimo pagalbinių apvaisinimo procedūros neišvengiama sėkme: „< - > Ir, kaip pasakyti, buvo tas... < - > na, kaip pasakyti, ne tai, kad negatyvios mintys, bet kad mintis, tikėjimas, kad **MUMS VISKAS PAVYKS (!)**, kad mums viskas čia bus gerai po pirmo karto“ (R25); „Sakau, pirmojo karto metu buvo toks labiau tikėjimasis, o po antro, sakau, **mes taip atsargiai**“ (R80). Nepavykus procedūroms, Rūtos išgyvenimai prisimenami kaip itin skausmingi: fiziškai Rūta tapo itin apatiška, pasyvi, be motyvacijos bet kokiai veiklai, be poreikio bendrauti ir net su kylančiomis mintimis apie savo egzistencijos beprasmiškumą: „Buvo labai sunku (VV), nieko nesinorėjo < - >. Išvis, nei matyt, nei gyventi, nei išeiti kažkur iš namų“ (R35); „Buvo tiesiog tokių dienų, kai gulėjai (!) IR NIEKO / j /, Į LUBAS ŽIŪRĖJAI TIESIOG, nieko nesinorėjo“ (R102). Išgyventų emocijų požiūriu, po pagalbinių apvaisinimo procedūros nesėkmės Rūta jautė didelį pyktį, kartais visaapimantį ir be jai aiškaus, sąmoningai reflektuojamo apibrėžto adresato, o kartais savo emocinę būseną buvo linkusi vertinti kaip depresyvią: „Sakau, buvo pirmas mėnuo, kai aš tokia... kaip ir depresija buvo. Buvo ir pykčio, < - > bet... Buvo tokių momentų, kai išvis pykau ant viso pasaulio. Kai pyksti, kai net pati nežinai ant ko, nei dėl ko, tiesiog ant viso pasaulio“ (R161-R165). Nesėkmės išgyvenimo laikotarpiu dažni ir emocinio labilumo etapai, kuriuos Rūtos sutuoktinis priimdavo geranoriškai. Be to, tokias reakcijas pati Rūta vertino ir kaip patiriamo hormoninio gydymo poveikį bendrai savo būsenai: „Ir, galbūt, tas mano hormonų vartojimas, kad aš pati jaučiau, kad, aaa... kai kurie mažmožiai galėjo vat tiesiog ima STAIGIAI IR SUNERVINA. Ir jisai visas tas mano nuotaikų kaitas, viską atlaikydavo, viską suprasdavo, nes, nu, kartais, tikrai, viskas gerai, gali juoktis, juokauti ir, vat, staigiai KAŽKAS – VISKAS, AŠ PIKTA“ (R65-R67). Būtent šiame emociniame fone Rūtai kildavo nusivylimo savimi išgyvenimai, kartu adresuojami ir bendrai sutuoktinių situacijai bei besitransformuojantys į retorinius klausimus apie judviejų poros „išskirtinumą“: „Aš jau nieko nenorėjau“. Aš buvau nusivylus savimi, tuo, kad mums nepavyko, kad va tokia mums situacija susidarė (R171-172); „Ir visokios mintys: kodėl mums taip atsitiko, < - > kodėl taip atsitiko ir panašiai...“ (R166).

Nevaisingumo gydymo tema Rūtai ir jos sutuoktiniui buvo veikiau tapusi paslaptimi, nei ta, kuria būtų noriai atviraujama. Sutuoktiniams artimi žmonės ir iki šiol nežino apie poros skausmingą problemą: „< - > *Mes kaip ir dviese susitarėm niekam nesakyti (!), šiaip iš artimų žmonių niekas nežino. Mes nusprendėm, tiesiog, niekam nesakyti, kad nebūtų bereikalingų kalbų, klausimų – nieko. Tiesiog < >. Baisu tai pasakyti. Ypač tėvams, galbūt < - >“ (R72-R74). Pripažįstama, kad atvirumo vengimo arba tik minimalios informacijos pateikimo taktika yra grindžiama Rūtą skaudinusiomis aplinkinių asmenų replikomis ir užuominomis, įkyriais klausimais apie sutuoktinių tėvystės planus, o kaip tik šio išorinio suinteresuotumo Rūta ir siekė išvengti: „*Nes, irgi, (a), kai su giminėmis, su draugais susitinki, tai klausia „tai kada, kada pagaliau bus?“. O tie klausimai truputį kaip ir... < > žeidžia (VV)... Tai va...“ (R15). Atvirumo šia tema tarp pačių sutuoktinių būta daugiau, nors ir minima, kad nevaisingumo gydymo planų klausimo iniciatorė tradiciškai tampa pati Rūta, o sutuoktinis laikosi nuosaikesnės bendravimo pozicijos, spėjamai nenorėdamas Rūtos bereikalingai įjautrinti, sukelti nepageidaujamų jos emocinių reakcijų: „*Nes ir dabar, va, pavyzdžiui, galvojam apie tą trečią kartą, tai vis vien, nu jisai irgi kartais užveda [past. - temą], bet aš žymiai dažniau: kaip tu galvoji, kada mums pradėti, kaip tu galvoji? Nu, AŠ labiau inicijuojau, jisai tiesiog... < > galbūt, tiesiog, kai pirmas kartas mums nepavyko, mažiau pradėjo liesti tą temą (VV), nes, kai jisai pradėdavo kažką kalbėti, aš iš karto į ašaras, žodžiu, man buvo labai sunku. Tai jisai, turbūt, taip ir stengiasi truputį mažiau kalbėti ta tema, kad manęs neskaudinti“ (R57-R59). Kita vertus, pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės atvejais sutuoktinio emocinį palaikymą Rūta jaučia ir kitokia forma, be to, pastebi ir paties sutuoktinio emocinius išgyvenimus dėl jų bendros situacijos: „*Be to, mano vyras kaip ir labai palaikė... jam irgi buvo sunku, bet bandė kažkaip prablaškyti ir mane, ir save... < - >, kažkur, kad mes išeitume į žmones, pasivaikščioti, kažkokią veiklą bandė surasti, kad mes, na, MANE atitraukti nuo tų minčių“ (R36); „O... < > bet tiesiog iš matymo matai, kad jam, irgi sunku, kad jisai kenčia...“ (R63). Būtent todėl jų bendruose pokalbiuose dominuoja ir didesnė Rūtos atvirumo apie susiakumuliuojančias jausmines reakcijas iniciatyva: „< - > *AŠ, tikriausiai, labiau inicijavau visus tuos pokalbius apie jausmus. Aš kalbėjau apie jausmus: kad man sunku, kad PIKTA BŪDAVO“ (R64).*****

Kaip tinkančias, pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės akivaizdoje aktualias, savipagalbos priemones, Rūta nurodo tas, kurias sukuria bendras poreikis ilgainiui išsivaduoti iš nevaisingumo situacijos „įrėminimo“, nukreipti mintis kita, nauja linkme: „*Ir tada norėjosi kažką pakeisti“ (R167); „Irgi bandžiau nukreipti mintis kita linkme. Pati jau ištrūkti iš...“ (R169-R170). Todėl tokių alternatyvų Rūta ieško, visų pirma, naujoje darbinėje veikloje: „O po to jau pati pradėjau kapstyti... iš to liūdesio, kad reikia kažką pakeisti. Pradėjau ieškoti darbo ir tas procesas irgi, vat, įtraukė“ (R173); „Dar, galbūt, va tas momentas, kad antro, to jau pagalbinio apvaisinimo metu pas mane buvo daug darbo tiesiog, tai aš savo mintis kita linkme jau truputį buvau nukreipus, tai man*

< - > *kažkaip buvo, kad aš labai pasinėriau į darbą (!)*“ (R49). Dar viena savipagalbos priemonė sutuoktiniams tampa humoras: „*Galbūt, dar stengėmės, na, ne taip rimtai žiūrėti, na, kartais, juokų forma, tiesiog*“ (R183). Visgi vienas esminių pokyčių, įvykusių nevaisingumo gydymo *nesėkmių* pagrindu, buvo susiję su kardinaliai pasikeitusiomis abiejų sutuoktinių nuostatomis į patį gydymo procesą ir jų kasdienybės prioritetinį perdėliojimą. Tai reiškia, kad ilgainiui po *nesėkmių* išgyvenimo sutuoktiniai priima sprendimą nebesifikuoti tik kūdikio kaip tikslo siekime, o leisti sau gyventi gyvenimą „čia ir dabar“, paliekant erdvės laisvesnei įvykių tėkmei. Šiuo esminiu pagrindu kinta jų kasdienė rutina, laisvalaikio pramogos, dažniau atsiranda spontaninių veiklos sprendimų, pasirinkimų, kuriasi naujos bendro laiko tradicijos: „**Pradėjom gyventi tiesiog. Pradėjom gyventi dabar, o ne ten, kai < > po penkių metų, po dešimties ar panašiai**“ (R131); „**Mes neužsiciklinom ties tuo, kad mums nepavyksta, kad mes čia planuojam**“ (R133); „**Mes tiesiog palikom tai tekėti savo eiga (!) < > kol kas**“ (R135). Rūtos vertinimu, pakeitus kasdienybės fokusa, patys sutuoktiniai jaučiasi laimingesni, išgyveną atgimusį judviejų artumą tarpasmeniniame santykiyje: „*Nu buvo panašiai tos mintys nuolatinės – tas planavimas planavimas planavimas, o mes dabar, tiesiog, atsiribojom, pradėjom gyventi dėl savęs (!), labiau skirti sau laiko, kažkur išeiti, vos ne kiekvieną penktadienį po darbų mes išeinam kažkur į miestą pasivaikščioti arba tiesiog į parką tiesiog prasiblaškyti, ir dabar tai jau vos ne tradicija tapo*“ (R138-R140); „*Ir < - > mes, man atrodo, < > artimesni, laimingesni pasidarėm*“ (R132).

Pažymėtina, kad pasikeitus Rūtos ir jos sutuoktinio nuostatai planuoti pagalbinio apvaisinimo procedūrą ateityje nedesperaciškai, o paliekant tai natūralesnei situacinei savieigai, pamatinis ryžtas kartoti procedūras išlieka toks pats stiprus: „*tiesiog **GERAI, BANDYSIM DAR KARTĄ. Vos ne iš karto buvo tos mintys***“ (R51). Svarbu ir tai, kad visas nevaisingumo gydymo proceso *nesėkmės* išgyvenimas, nepaisant pakartotinai kylančių baimių dėl išliekančios *nesėkmės* tikimybės, nesukuria prielaidos sumenksti ar užgesti abipusiai vilčiai, tikėjimui ir gydymo sėkmės galimybe: „**Mes esam įsitikinę, kad mums pavyks / j /. BENT JAU VYRAS MANE TUO ĮTIKINO / j /. Bent jau kol kas tikrai neketinam sustot**“ (R126-R128).

7 priedas. Livija: pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Kalbėdama apie bendrą nevaisingumo gydymo laikotarpį ir kartotinių procedūrų *nesėkmių* išgyvenimą Livija pabrėžia nenuilstamą vienakryptį judėjimą, apjungiantį jos veiksmus, mintis ir skiriamą laiką: „*Tas visas laikas, kaip čia, tos VISOS MINTYS TIK TAM IR SKIRTOS*“ (L21). Šis tikslingas judėjimas yra nuolat lydymas svyruojančių, kardinaliai priešingų, moters sprendimų: viena vertus kiekvieną kartą būsima procedūra suvokiama kaip griežtai paskutinis bandymas susilaukti kūdikio, tačiau praėjus tam tikram atsigavimo laikui po procedūros *nesėkmės*, naujas moters sprendimas yra lydymas ir naujo ryžto nevaisingumo gydymą tęsti: „*Ir < > kiekvienas tas paskutinis IVFas, mes viskas, paskutinis jau*“ (L39); „*...na, viskas, paskutinis kartas, daugiau ne. Paskui atsigausi, vėl iš naujo, ir vėl taip nu, o gal dar / j /*“ (L42-L43). Nepaisant *nesėkmių*, Livijos atkaklumas, jos pačios vertinimu, kartais peržengdavo racionalaus proto ribas ir buvo kraštutiniai fiksuotas į rezultatą: „*Nu šiaip, aš pilnai suprantu, kad tai nėra protinga / j /, < - > bet tas užsispyrimas toks < > buvo, vat va, suradom, jau, vat jau tuoj / j /, ir tas tuoj, vat, ir truko dvidešimt du metus < >*“ (L68-L71); „*... nes kada užs ciklini, kad jau tuoj tuoj, pavyks...*“ (L234). Įsitikinimas neišvengiama pagalbinio apvaisinimo procedūros sėkme kiekvieną kartą virsdavo motyvu gydymą tęsti, *nesėkmės* tikimybė būdavo kategoriškai atmetama, o kartais sumenkinama: „*AŠ BUVAU ŠVENTAI ĮSITIKINUS, KAD PAVYKS, NU, TURI PAVYKT, KAIP GALI NEPAVYKT (?!) – NU NEJMANOMA. Viskas pavykdavo ir čia turi pavykt / j /*“ (L185-L186); „*< - > Tai buvo tiesiog skaudi nesėkmė, apsisuki ir vėl bandai*“ (L184). Taigi per visą nesėkmingą nevaisingumo gydymo laikotarpį Livija nesvarstė gyvenimo bevaikystėje galimybes, o noras turėti vaikų jai buvo pernelyg natūralus ir prigimtinis, kad moteris būtų atmetusi galimus tolesnius bandymus susilaukti kūdikio: „*Nežinau, tiesiog kažkaip, manau, tai tiesiog prigimtinis noras (!). Aš suprantu, kad, gal, galima gyventi < > ir be vaikų, bet < > man kažkaip savaime suprantama... Aš visada < > visada norėjau, nuo ankstyvos jaunystės. Ir, atrodė, na, < > tai TURI BŪT, REIKIA, norėjau / j /*“ (L181-L182).

Livijos tikėjimą gydymo sėkme kurstė nuolatinės ir savarankiškos moters pastangos gauti vis daugiau informacijos ir žinių dėl nevaisingumo gydymo alternatyvų bei variantų, o tai periodiškai didindavo Livijos tikėjimą palankiu procedūros rezultatu ateityje: „***Kai mes darėm jau paskutinę procedūrą, jau ne Lietuvoje, ir kai aš iki tol per daugelį metų savarankiškai, kai aš jau ten knisau knisau visokių priežasčių, prisidariau ten tyrimų visokių, visur privažinėjau, ir tas sėkmės šansas atrodė jau labai labai didelis...***“ (L1-L2). Žinių vaisingumo tema ir tikslinių pastangų, patirties ilgainiui buvo sukaupta tiek daug, kad dabartinę savo poziciją Livija galėtų juokais prilyginti vaisingumo specialisto rolei: „*Sakau, pastangų ten įdėta daug, į tuos savarankiškus tyrimus. Sakau, disertaciją parašyčiau / j / < > vaisingumo gydyme*“ (L253). Dėl to ir kiekvienos procedūros, į kurią

investuojama itin daug fizinių ir emocinių resursų: „< - > Na, kai buvo TIEK DAUG SUDĖTA ENERGIJOS IR VILČIŲ, PASTANGŲ < >...“ (L12), nesėkmę Livija išgyvena kaip sunkiai nusakomą visaapimančią pasaulio griūtį, kuri sukelia ne tik emocinį šoką, lūžį, bet ir yra vertinama kaip fatališka visa ko baigtis: „Ta nesėkmė, nu, tai būdavo PASAULIO PABAIGA. < > Tokia absoliuti duobė“ (L134-L135; L37); „...nes ta duobė tokia, kritimas būdavo labai skausmingas...“ (L128).

Emocijas, kurios užplūsta patyrus pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmę, Livijai sunku iš karto tiksliau sukonkretizuoti: „Tai jausmai ten vis tiek (!), kokie ten...“ (L16), tačiau moteris akcentuoja neišvengiamai didelį stresą – kylantį išgąstį, nervinę įtampą: „... visiškas striokas, nervai...“ (L17); „Visas toksai įtemptas nervas / j /“ (L20). Be to, pasakojime atsiskleidžia situacijos, kuriose dėl patiriamų išgyvenimų Livijai dažniausiai būna sunku sukontroliuoti kylančias emocijas reakcijas; jomis neišvengiamai nuspalvinamas ir moters bendravimo stilius su sutuoktiniu: „Na, aš tikrai būdavau labai bjauri / j /. Viskas nervina, prie visko kabinėjusi, keliu ten skandalą lygioj vietoj“ (L107); „...ir isterikos, ir ašaros...“ (L102). Tačiau bendrai vertindama savo savijautą savivertės pagrindu, Livija pripažįsta nesijautusi nepilnavertiškai dėl to, kad negali pastoti net ir pagalbinėmis priemonėmis. Tokia moters stovėseną buvo grindžiama tvirta nuostata ne dėl jos kaip moters galimo defektumo, o dėl organizmo fiziologijos medicininių aspektų, kartais liekančių ne iki galo suprantamais, išaiškintais: „Minčių, kad čia kažkokia nevykėlė tai nebūdavo. Aš į tai žiūrėjau, kaip į medicininį dalyką. Ne tai, kad aš kažkokia nesugebanti kažko tai, bet tai, nu, čia medicina yra – kažkas kažkur ne taip“ (L248-L251).

Iš Livijos nevaisingumo gydymo istorijos atskleidžiamų detalių išryškėja svarbūs momentai, susiję ir su ūmių emocijų proveržių nuspalvintais pasikartojančiais Livijos elgesio santuokoje svyravimais. Visi Livijos, susitelkusios į tikslą turėti kūdikį, išgyvenimai gana dažnai suakumuliuoja ketinimus priimti kraštutinius sprendimus nutraukti santuoką. Kartais tokį sprendimą lemia būtent moters atkaklumas tęsti nevaisingumo gydymą, kuriam Livijos sutuoktinis tam tikru laikotarpiu yra nusprendęs nebepritarti. Šiuose epizoduose išryškėja Livijos nuostata, kad kūdikio siekis tuo metu tampa jai svarbesnis, aktualesnis, nei galimybė išsaugoti sąjungą su vyru, todėl moteris būdavo drąsi rizikuoti ir dėl minėto gydymo tęsimo pradėdavo bendrauti sutuoktiniui skirtais ultimatumais: „...ir tada, paskui, skirdavomės du kartus metuose, apsisuki ir vėl / j /.“ (L103-L104); „Buvo tik vienas momentas, kai jisai užsispyrė, kada „nebe“, o aš užsispyriau, kad trept kojele“ (L201); „< > Ir aš tada užsispyriau, sakau: duodu tau mėnesį apsigalvoti. Sakau, va, tarkim ten kažkokia mėnesio diena, tai po mėnesio aš išeinu, jeigu tu nepersigalvoji“ (L208-L209). Visgi būdama nepaliaujamai atkakli savo kelyje į tikslą tapti motina, Livija savo nevaisingumo gydymo procesą nutraukia tik tuomet, kai iškyla realus pavojus jos gyvybei. Moteris įsisąmonina, kad už norą susilaukti kūdikio jai svarbesnis noras gyventi: „Tai, žodžiu, aš supratau, kad aš nebejuokausiu / j /, vis dėlto, gyventi labiau noriu, negu turėti vaikų (!) / j /“ (L88), nors ir pripažindama, kad nevaisingumo gydymo proceso stabdymas

yra ne jos vidinis, o išorės aplinkybių priverstinai primestas sprendimas, kuriam ji sutinkanti paklusti: „*Ir čia, paprasčiausiai, ne sustojau, o sustabdė /j /*“ (L89).

Kalbėdama apie atvirumą dėl nevaisingumo gydymo ir jo *nesėkmių*, Livija pripažįsta, kad tokiais savo išgyvenimais buvo linkusi dalintis tik su tolimesnės aplinkos asmenimis ir ypač bendramintėmis, taip pat turinčiomis panašios nevaisingumo gydymo patirties: „*Turiu vieną labai gerą savo draugę, tai ji apie mane viską žinodavo. Nors jinai buvo prieš mano bandymus, bet... Galima būdavo pasišnekėt*“ (L99); „*Dar vienoje interneto svetainėje asmeninių draugių susiradau, kur irgi taip bendras kelias buvo: ir vaistais dalinomės, ir patarimais, ir kontaktais. Tikrai, vat, kelios merginos labai palaikė.*“ (L119). Nors Livijos sutuoktinis nebuvo linkęs diskutuoti moteriai aktuliais nevaisingumo gydymo klausimais, tačiau Livija sulaukdavo jai reikalingo palaikymo visame gydymo procese, dažniausiai demonstruojamo didele kantrybe moters emociniam labilumui: „*Nu, mane labai vyras palaikė... Nu < - > jis nėra toks žmogus, su kuriuo būtų galima ten daug šnekėtis kažką tai, bet jo kantrybė, kiek aš atsimenu, viskas...< >*“ (L100-L102); „*Viskas mane nervina, aš ten skandalinu, o jisai, kaip < >, kelis dešimtmečius su manim tebegyvena /j /.*“ (L105-L106); „*Nu jis toks žmogus: aš pradėdau prie jo kabinėtis, kažką ten skandalą kelt, jis atsisuka – pasižiūri į mane ir užsiima savais reikalais /j/. < - >*“ (L109). Tačiau, priešingai, artimesnio rato artimiesiems Livija buvo nusprendusi neatskleisti savo nevaisingumo gydymo eigos ar rezultatų detalių dėl numanomų kritiškų nuostatų ir palaikymo stokos: „*Seseriai net neužsiminiau, nes jinai tikrai būtų nesupratusi...*“ (L167); „*Mamai vieną kartą pasakiau, < > tai jinai... nu, sakė, „tai ir nereikia daryt, tai ir nereikia, kam, to reikia? Nieko nedarykit*“ (L170).

Kadangi Livijos nevaisingumo gydymo istorija ilgos trukmės, pasakojime nuosekliai atsiskleidžia nemažai moters atrastų, suformuluotų išvalgų, susijusių su įvairias pagalbinio apvaisinimo procedūrų aspektais, nevaisingumo gydymo sisteminiiais ir procedūrų eigos kokybiniais klausimais, taip pat individualiais svarstymais motinystės ar ją kompensuojančių alternatyvų temomis. Į pirmųjų pagalbinio apvaisinimo procedūrų *nesėkmės* pasakojimą įsikomponuoja Livijos apgailėstavimai dėl laiko trukmės, praleistos gydantis pirmojoje medicinos įstaigoje. Livijos vertinimu, ji susidūrė su situacija, kurioje buvo laužomi medicinos įstaigos veiklos etiniai standartai, t. y. už siaurą teikiamų paslaugų spektrą siekiant gauti kuo didesnės finansinės naudos. Žinios, kuriomis turtinga moteris šiuo metu, būtų padėjusios sutaupyti itin brangaus laiko bendroje nevaisingumo gydymo trukmėje, kuri daugeliu atvejų pacientams yra labai brangi: „*Tai aš, jeigu žinočiau iš anksto, padaryčiau tą visą begalinę krūvą tyrimų prieš prieš pirmą IVFą*“ (L57); „*Ir, sakysim, savo problemą tą esminę – imunitetą, aš sužinojau jau ne Lietuvoje, jau keturiasdešimt šešių metų amžiaus, tai reiškia, po šešiolikos metų kelio tu sužinai, kad tavo visus embrionus sunaikina organizmas. O Lietuvoj tai niekam neįdomu /j /*“ (L61-L64). Livija yra gerai įsisąmoninus, kad jos nesėkmingoje nevaisingumo gydymo istorijoje būta galimybių nukreipti vaisingumo klausimams

skirtą energiją kitur, tačiau pripažįstama, kad per visą laiką jai tinkančių alternatyvų motinystei ji nebuvo radusi ir šis jausmas gyvas net ir dabarties momentu: „*Aš protu suprantu, kad reikėjo daugiau energijos skirti, na, kokioms nors kitom veiklom*“ (L226); „*Reikėjo GEROKAI DAUGIAU ENERGIJOS nukreipt kur nors kitur. Kai dar buvo tos energijos daugiau,*“ (L229); „*Tai čia šiaip yra... nu blogai (!). Nu ir tas planas B, tiesą sakant, visi A buvo...*“ (L238-L239); „*Aš to plano B neturiu iki šiol*“ (L220). Livijos apibendrintu restrospektyviniu vertinimu, nepaisant ryžto ir atkaklumo, dabar jos nevaisingumo gydymo kelias atrodo kaip netinkamas pavyzdys: „*Sakau, aš esu pavyzdys, kaip nereikia daryti*“ (L219). Motinystės vizijos Livija nevertina kaip išskirtinai vienintelės prasmingos moters rolės gyvenime, tačiau peržvelgdama savąją istoriją pripažįsta, kad būtent jos poreikis motinystei prilygo tarsi savaiminiam ir pernelyg natūraliam pasirinkimui, kuris net niekada nebuvo reikalingas jokio papildomo svarstymo, kai nevaisingumo gydymą moteriai dar buvo galima taikyti: „*Kad paskui daug... dar daug dalykų gyvenime yra: ir užauginti, ir santykiai, ir kam kokie su vyru sekasi... AŠ PROTU SUPRATAU, KAD TAI NĖRA VIENINTELIS DALYKAS, kurio trūksta iki pilnos laimės, nes ir... žmonės ir turintys vaikų turi ir dar daugiau problemų (!). Bet tiesiog man to reikėjo ir VISKAS*“ (L124-L126).

8 priedas. Saulė: pagalbinio apvaisinimo procedūros nesėkmės patyrimo aprašymas

Pradėdama apžvelgti situaciją, kuri Saulės buvo ryškiai įsiminta kaip pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės* išgyvenimas, moteris akcentuoja *nesėkmės* fakto žinios epizodą, keliantį jautrią reakciją ir dabarties momentu. Tai, kas Saulei ryškiausiai įsiminė, buvo susiję su *nesėkmės* fakto atmetimu, realios nevaisingumo gydymo žlugimo tikrovės neigimu ir jį lydinčių daugybės savęs vertinimo įžvalgų po to, kai ilgą laiką buvo laukiama priešingo rezultato: „*Nu jau pats sunkiausias – tai kai tu jau po procedūros lauki tą mėnesį, kuris praeina, ir < > ir tas atsakymas neigiamas...*“ (S2); „*Tiesiog nepriimi situacijos. Tai va... < >*“ (S25); „*...bet man buvo labai sunkus priėmimas fakto, kad va taip yra...*“ (S33). Po patirtyje išsitęsio laikotarpio, skirta apmąstyti ir emociškai priimti nesėkmingus nevaisingumo gydymo rezultatus, Saulės apibendrinama, kad intensyvi *nesėkmės* atmetimo reakcija yra būtent tokia dėl dar pagalbinio apvaisinimo procedūros pasiruošimo etape susikuriamos didelės vilties ir tikėjimo procedūros sėkmės neišvengiamumu, t. y. kai *nesėkmės* tikimybė yra atmetama savaime: „*Nes ypatingai į pirmą, nu net ir į antrą aš dėjau labai daug vilčių. Ir net su pirma buvo toks, nu, TIKRAI TURI PASISEKT, TIKRAI TIKRAI. Nebuvo mano galvoj, kad yra kitas variantas*“ (S35-S37). Susitaikyti su faktu tampa dalinai sunku ir dėl turėto, sąlyginai į išorę perkelta atsakomybės už neigiamo rezultato įspėjimą, lūkesčio: „*Kaip suprast (?!). Nieks man neperspėjo, kad ir taip gali būt / j /. Kad gali būt ir va TOKS variantas ir tau teks tą priimti*“ (S42). Ištikus *nesėkmei* identifikuojama, kad situacijos nepriėmimas suponuoja ir didelį pasimetimą, kurį išgyvenant Saulei norisi tiesiog išnykti, nes apimanti pirminė nežinia neteikia jokio aiškesnio atsakymo apie tai, kaip priimti situaciją ir įveikti jos sukeltą emocinį skausmą: „*Ir tas jausmas tikrai yra labai labai stiprus. Tu nori smegti į žemę ir nesupranti, kaip iš to išbristi, ir kaip su tuo susigyventi, kaip tą išspręsti*“ (S22-S24).

Sudėtinga jausmų sumaištis bei pasimetimas dėl tolesnių situacijos priėmimo, sprendimo žingsnių yra antrinantis Saulės pripažinimą, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrų procesai buvo tapę vienakrypčio, tikslingai sukonzentruoto judėjimo motinystės link dalimi. Moters lūkestis turėti kūdikį buvo esminė gairė, rikiuojanti visą gyvenimo tėkmę, Saulės pastangas ir mintis: „*Nes lūkestis anksčiau pas mane buvo labai didelis, kad AŠ NORIU, ir visas dėmesys, ir visa koncentracija pas mane į tai, kad man reikia vaiko*“ (S190).

Saulei atliktų pagalbinio apvaisinimo procedūrų *nesėkmės* lydimos intensyvaus bendros situacijos ir savianalizės proceso, po kurio moteriai išsikristalizuoja gausa giluminių įžvalgų, padedančių ne tik išbūti emociškai jautriu laikotarpiu, bet ir priimti save esamoje bevaikystėje, susitaikyti su nebeidealizuojama tikrove. Visų pirma pagalbinio apvaisinimo procedūrų *nesėkmės* faktas leidžia susidurti su savimi, užplūdusių emocijų prasme. Po žinios apie procedūros *nesėkmę*

Saulės ypač stipriai išgyventi defektumo ir nepilnavertiškumo jausmai: „... nes va tada jautiesi kažkokia nepilnaverte“ (S3); „Kitas dalykais, kai tu jau susigyveni, kad tai realybė, kad tai yra tiesa, < > tada pradeda lįst tokie jausmai, kad su tavim kažkas yra negerai“ (S6); „Nežinau, jautiesi kažkokia nepilnavertiška – labai stiprus jausmas, kad tu esi nepilnavertiška“ (S19). Be to, nepilnavertiškumo ir defektumo jausmai Saulei susisieja su išgyvenama savikalta, o dėl prisiimamos asmeninės atsakomybės dėl pagalbinių apvaisinimo procedūrų nesėkmių persekioja ir įkyrios savibaudos mintys: „Visų pirma, tikrai aš labai aiškiai jaučiu, kad su manim tikrai yra kažkas negerai – aš save kalu prie kryžiaus (!) – nu su manim yra problema, aš kažkokia tada reiškiasi nesveika, jeigu man nesigauna“ (S10-S12). Bausmė šiuo atveju yra dvibriaunė: viena vertus, už patirtą procedūros nesėkmę Saulė nori save „nubausti“ savikritika, kita vertus, yra akcentuojama ir nesėkmės kaip bausmės už nežinomos kilmės kaltę spėlionė: „Ką tu ten esi tiek prisidirbus, kad tau TOKS kelias“ (S240). Minėtina, kad savibauda Saulės formuluojama ne kaip sau jausta neapykanta, bet lyg nepriėmimas savęs kaip moters, kuriai tenka išgyventi nevaisingumo situaciją ir procedūros nesėkmę: „Tai va tas plakimas gal iš tos pusės, kad pradedi taip savęs gal nepriimti. Ne tai, kad nekęsti, bet... kodėl tau visas tas vyksta“ (S241).

Nevaisingumo gydymo nesėkmės patyrimo Saulės išgyventas defektumas atsiskleidžia dideliu įvairiapusiškumu. Šį jausmą moteris, visų pirma, identifikuoja sąsajoje su savo moteriškumo trūkumu: „Tas nenormalumas tai, kad tu nenormali, pirmiausia, kaip moteris“ (S208). Nevaisingumas Saulės interpretuojamas kaip situacija, kurioje žmogus nepalieka tęstinumo, jokio savojo ženklo. Tokia moteris Saulei asocijuojasi su žmogumi, neturinčiu jokio pratęsimo ateičiai, o, vadinasi, ir nieko nesukuriančiu: „Ką reiškia nevaisinga? Tai reiškia, kad po tavęs NIEKO NĖRA. Nu, tu esi ta moteris, kuri po savęs absoliučiai nieko nepalieki, nevaisinga. Nes, nu, vaiko gimimas tai tam tikra kūryba: gimsta, auga, kažkas keičiasi. Tai man toks nubraukimas buvo to kūrybinio viso potencialo...“ (S210-S213). Be to, tokioje situacijoje nukenčia ir įkūnytas moteriškumas, lemiantis, kad ilgainiui nevaisinga moteris netenka savo vidinės atramos, siejamos su tapatumu: „...toks / j / iš pradžių toks tuščias kūnas, kur realiai tu labai daug dalykų neturi. Pirmiausia, kaip moteris. O jeigu tu esi moteris, bet tu nejauti to potencialo, moteriškumo, tai tu išvis jautiesi kaip be stuburo“ (S215-S217). Kita vertus, išorinio socialinio konteksto požiūriu, defektumas Saulei reiškia ir neatitikimą socialinėms normoms: „O paskui – išorėj, tas toks socialinis gyvenimas, o socialinis tai toks, kad, tikrai, IKI ŠIOL yra labai keista, kad tu neturi vaikų“ (S219).

Minėtus jausmus tik pagilina išgyventas vienišumo jausmas, tarsi suakumuliuojantis visas neigiamas emocijas, kurias privalu išgyventi atsiribojus nuo aplinkos: „...ir lieki viena (!). O lieki viena su savo visu, nu, visais negatyviais jausmais“ (S30-S31). Kita vertus, išgyvenimams skirta vienvėdis būseną pasirenkama ir kaip pozityvi alternatyva, nes tik savo vienvėdyje Saulė sau leidžia „legitimuoti“ jai kylančias emocines reakcijas bei apmąstyti susiklosčiusią realybę taip, kaip tuo

momentu norisi: „< > Ir, iš kitos pusės, aš turėjau gal pliusą didžiausią dėl to, kad aš buvau viena namuose ir aš galėjau išsirėkti taip, kaip aš noriu, < > išsiverkti, išliūdėti, išsikalbėti ar išvis nekalbėti ir apie viską pagalvoti“ (S154). Todėl vienatvė Saulei tampa tinkama erdve susitikimui su tikraja savimi – gedinčia, liūdinčia, verkiančia: „... nes būnant dviese, vėl, < > nu aš to negaliu padaryt. Nu man neišeina labai ten stipriai atsiverti ar vienai užsidaryti, verkti vienai, kai ten už durų yra vyras. Tai man buvo geriau būti vienai...“ (S155-S156). Tiesa, situacinis vienatvės išgyvenimas reflektuojamas ir kaip bendra, nuolat besitęsianti bevaikių moterų būseną, kuri niekada taip ir nesibaigia: „Dėl to vienišumo tai aš apskritai įvardinčiau, kad jis VISADA YRA tas vienišumo jausmas pas tokias moteris. Tas vienišumas, JISAI VISADA BUS, nes tu priklausai tom moterim, kurios neturi vaikų“ (S246-S247). Čia svarbia tampa Saulės atskleista paradoksali detalė – savo vienatvėje gyvenančių bevaikių moterų priklausymas tai pačiai grupei, t. y. tokiai, kurią „vienija“ nerealizuota motinystė jungtis: „Ir tu priklausai tarsi tam tikrai grupei, net nežinau, kaip išsireikšti. Ir tos moterys, kurios neturi vaikų, jos savęs neįgyvendina kaip mama“ (S248-S249). Tarp pasireiškusių emocijų Saulė taip pat įvardija ir kilusį trumpalaikį, į save nukreiptą pyktį: „Kažkokiu momentu buvo, kad pyksti ir ant savęs“ (S230), pyktį, neturintį konkretnesnio adresato: „Tu pyksti, nesusitaikai absoliučiai su realybe“ (S229) ir pyktį, adresuojamą pagalbinio apvaisinimo procedūras atlikusiam gydytojui: „Aišku, tada pradedi galvot, kad ta daktarė pati kalčiausia / j /, kad ji blogai ten kažką padarė...“ (S243).

Bendra moters emocinė savijauta sužinojus apie procedūros *nesėkmę* prilyginama tarsi perregimos, trapios ir tuo pat įtemptos to meto savosios būties griūčiai, generalizuojamai viso pasaulio žlugimu, paliekančiu Saulę nežinioje dėl ateities: „Ir kada tu ant tiek tiki ir ateini ir sužinai tą atsakymą, kad NE (!), tai toks jausmas / j /, kad tu buvai kažkokioj stiklinėj nerealioj vazoj ir viskas sudužo tavy. Absoliučiai viskas. Ir netgi nebelieka to pagrindo, ką man toliau daryt“ (S38-S41). Saulės vertinimu, ir visa bevaikystė jai siejasi su tam tikra netektimi, kuri neturi išeities ir palieka nuolatinį, niekuo neužpildomos tuštumos jausmą, prie kurio tiesiog priprantama: „Tu suvoki, kad tai tiesiog (!), nu va tada, kai mes kažko netenkam. Nu to nepakeisi – visada tau bus SKYLĖ širdy. Prie to pripranti, kaip žmogus be kojos pripranta...“ (S260-S262).

Svarbu ir tai, kad žinios apie *nesėkmę* momentas, sukeliantis nepakeliamos baimės jausmą, sukuria lyg baimę avansu, t. y. ir dėl ateityje galima vyksiančios pakartotinės pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmės*. Tokia baimė Saulės įsisąmoninama kaip tarsi užprogramuojanti kitą procedūrą galimai *nesėkmei* taip, kad tam tikru laiku būtų bijomasi ryžtis net pradėti tęsti nevaisingumo gydymą. Po išgyventos *nesėkmės* moteriai tampa aišku, kad išgyventi to pakartotinai ji tikrai nenorinti: „Nes... ant tiek baisus tas momentas, kai tu suvoki, kad nepasisėkė < - >, kad net baisu pradėt, kad tu vėl gali išgirst tą atsakymą“ (S282-S283); „... bet many iš tikro yra kažkokia baimė, kad AŠ NENORIU TO IŠGYVENTI DAR KARTĄ“ (S45-S46). Kita vertus, būtent gydymo *nesėkmė* ir jos lydima baimė

įgauna ir naują fokusą, t. y. Saulė ima jausti baimę ir dėl santuokos tvarumo: „*Aišku, man tada buvo didelė baimė, kad mane tada vyras paliks: na, gal ne šiandien, gal ne per šituos penkis metus, bet jau kas bus po dešimt, aš jau nežinau. Tai buvo labai labai stipri baimė, kad mane vyras paliks dėl to, kad aš negaliu turėt vaikų (!), kada jam jau užeis stiprus noras*“ (S112).

Vertindama savo ir sutuoktinio atvirumą nevaisingumo gydymo ar procedūrų *nesėkmės* tema, Saulė pripažįsta nuostatą nesidalinti šia informacija arba dalintis ja tik minimaliai su žmonėmis, galėjusiais nepalaikyti Saulės siekio, kai pagalbinio apvaisinimo procedūrai dar tik buvo ruošiamasi: „*Tuo momentu, kai mes darėmės, tai, aišku, nieks nežinojo. Gal žinojo kelios draugės, kurios mane palaikė. Aš nepasakojau tiems žmonėms, kurie < > galėjau įtarti, kad jie manęs nepalaikytų arba nesuprastų. Tai aš, aišku, nesidalinau tokia informacija*“ (S53-S54). Ypač vengiama šios temos aptarimo su artimosios aplinkos asmenimis, kurie apie sutuoktinių nevaisingumo situaciją nežino ir iki šiol: „*Ne, nesidalinau. Ir apie tai, va, mano tėvai net iki šiol apie tai nieko nežino. < >*“ (S70-S71). Pagrindiniu neatviravimo motyvu tampa nuogaštavimai, susiję su pasmerkimo grėsme: „*Na, visų pirma, ir tėvai yra seno to požiūrio, kad čia, kaip čia ką... mes nebuvom šimtu procentu garantuoti, ką jie galvoja apie tai (!). Gal ta baimė ir pasmerkimo (!), aš nežinau net* (S79-S81); „*Nes ne duok dieve kažkas atsiras, kuris tau pasakys ten kažkokią nuomonę „o gal tu to nedaryk“, „o gal tai yra blogai“, nes tai ant tiek, ne tai kad < > kažkaip čia individualu, bet ANT TIEK TRAPU (!)...* (S63-S64). Kita vertus, Saulės nuostata dėl bereikalingo neatviravimo ilgainiui keičiasi, t. y. išgyvenusi *nesėkmės* moteris nevengia dalintis faktine informacija apie atliktas pagalbinio apvaisinimo procedūras: „*Bet kai jau įvyko viskas ir po kažkurio tai laiko, tai < > aš drąsiai kalbu apie tai, aš dalinuosi ir pasakau, kaip faktą, kaip buvo...*“ (S55).

Minėtina, kad bendravimo šia tema stilius tarp pačių sutuoktinių ryškėjo veikiau kaip vengiantis, kai buvo dažnai apsiribojama tik techninėmis nevaisingumo gydymo detalėmis, laiko planavimu, bet ne atviru pokalbiu apie tai, kaip situaciją sutuoktiniai išgyvena emociškai, kaip jaučiasi dėl procedūrų *nesėkmių*: „*Žinot, ta situacija, kai yra nesėkminga mūsų ta procedūra. Aš manau, kad ji yra labai sunki abiem. Bet mano atveju, tai mano vyras labai užsisklendė savyje < > ir aš tam tikra prasme užsisklendžiau. Mes tarpusavyje labai mažai kalbėjome apie tai. < > Nu buvo... Negaliu sakyti, kad visai nekalbėjome. Tikrai buvo keli vakarai, kai mes kalbėjome ir < > kai mes ten analizavome*“ (S137-S140).

Nevaisingumo gydymo *nesėkmių* padiktuotoje, Saulės atliekamoje intensyvioje savianalizėje kyla nemažai bendrų svarstymų apie galimas jos bevaikystės priežastis, moters vaidmenį, motinystės alternatyvų paiešką, minčių apie „gyvenamo gyvenimo“ prasmę. Šiame vidiniame darbe, kuris atliekamas bandant susitaikyti su pagalbinio apvaisinimo procedūros *nesėkmėmis* ir kuo taikiau priimti bevaikystės laikotarpį, Saulei formuojasi poreikis, visų pirma, atsisakyti savo pačios idealizuotų lūkesčių situacijai: „*Bet aš suvokiu, kad tas gyvenimas, nu, toks yra, žinot: ir tamsus, ir*

šviesus, ir tą reikia priimti. Tai rezultatas tas buvo, pirmiausia, kažkokio lūkesčio nugesinimas, paskui, savęs išsigryninimas, savęs priėmimas“ (S203-S204), suidealizuoto savivaizdžio: „Tu suvoki, kad iš pradžių tu buvai pasistačiusi save, kad tu čia kažkokia labai ideali, ir tokia, ir anokia, o po to tu pamatai, kad tu visko turi – tiek tamsos, tiek šviesos“ (S198-S199). Saulei tampa reikšminga nuvainikuoti visagalystės ir situacijos kontrolės iliuziją, priimant sutuoktinio požiūrį: „Ir ta jo frazė man labai gerai įstrigus, kad „nu nustok TU BŪT DIEVAS, kuris viską kontroliuoja savo gyvenime. Nu nesi tu. Nei tas daktaras tau gali šimtu procentų garantuoti, nei tu pati“. Sako „mes nežinom, kas bus rytoj. Vat užsimanei (!), pasidarėm procedūrą ir tu jau galvoji, kad taip ir bus“ (S143-S146). Kita vertus, situacijos įveikai Saulė yra linkusi gilintis ir į vien medicinine logika nepaaiškinamą nevaisingumo priežastingumą, todėl ieško ir galimų karminių nepastojimo prielaidų: „Ir kiek giliau besigilinčiau – į tėvus ten ar prosenelius, tuo toliau pamatau, kad kiekvienoj giminėj yra ant tiek skausmo, ant tiek tų išgyvenimų ir ant tiek tų sluoksnių, kad < > nežinau, aš labai daug tų tamsių dalykų atradau, kur net gal dabar suvokiu, kodėl man tie vaikai neduoti iki šiol“ (S200-S201). Tarp Saulės įžvalgų – ir paties kūdikio siekio motyvų atskleidimas, pagal kurį Saulė pripažįsta turinti egoistinių paskatų, t. y. poreikį pasitikrinti, kaip jai būtų pavykę išpildyti motinystės vaidmenį: „Aš labai pamačiau, kad aš noriu, noriu, noriu vaikų (!). O ką reiškia noriu vaikų? Nu aš čia pati, kai filosofavau. Tiesiog aš noriu patenkinti tam tikrus savo poreikius: noriu pažiūrėti, kokia aš esu mama, aš noriu, kaip ir visi...“ (S126-S127). Be to, siekis susilaukti kūdikio buvo susijęs ir su visuomenėje galiojančiomis tėvystės normomis bei bandymu prilygti kitiems: „Nes pas mane buvo labai didelis – taigi visi turi, visi turi. IR AŠ NORIU TURĖT“ (S128). Apibendrindama visas sau suformuluotas įžvalgas, Saulė teigia ilgainiui išsigrynintą nuostatą, kad ji galinti gyventi bevaikystėje ir būtent dėl to, kad išmoko priimti realią situaciją. Tai kartu yra ir jos atrastas sprendimas ateičiai: „Mano atveju tas yra lengviau dėl to, kad MAN NĖRA TAS, KAD AŠ BE VAIKO NEMATAU GYVENIMO. Aš gal ten per kokius metus ar du aš su tuo susitaikiau, kaip yra. Nėra man taip sunku. Man šitoj vietoj yra lengviau. Man buvo lengviau apsispręsti, kad, nu, aš galiu gyventi ir be vaikų (!)“ (S108-S111); „Bet aš suvokiu, kad AŠ KONKREČIAI... aš nematau jokio kito sprendimo, tik priimti taip, kaip yra“ (S267). Visgi nepaisant vidinio sprendimo tvirtumo, Saulė palieka erdvės ir negęstančiai vilčiai susilaukti kūdikio neapibrėžtoje ateityje: „Dar vis turiu viltį, kad gal bus, kas ten žino / j /. Nenubraukiu brūkšnio“ (S202).