

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS
Sveikatos psichologijos katedra

EVELINA SABAITYTĖ

KŪDIKIO SUSILAUKTI NEGALINČIŲ MOTERŲ
PSICHOLOGINĖ GEROVĖ

Sveikatos psichologijos antrosios pakopos studijų baigiamasis darbas

Leidžiama ginti prof. dr. Nida Žemaitienė

(Rengimo komisijos pirmininkas,
mokslinis laipsnis, vardas,
vardo pirmoji raidė ir pavardė, parašas)

Studentė Evelina Sabaitytė

Darbo vadovė prof. dr. Nida Žemaitienė

(Mokslinis laipsnis, vardas,
vardo pirmoji raidė ir pavardė, parašas)

Data

2018 05 21

KAUNAS, 2018

SANTRAUKA

Sabaitytė, E. (2018). *Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė* (Sveikatos psichologijos magistro baigiamasis darbas). Mokslinė vadovė: prof. dr. Nida Žemaitienė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos psichologijos katedra: Kaunas. – 98 psl.

Tyrimo problema: nevaisingumas – ne tik vienos moters ar šeimos, bet ir visos visuomenės problema, turinti įtakos asmens psichologinei gerovei, gyvenimo kokybei, socialiniams santykiams ir sveikatai, bet ir visos šalies ekonominiams, demografiniams ir sveikatos rodikliams. Todėl labai svarbu plėtoti kompleksinį požiūrį į šią problemą ir jos sprendimo galimybes. Tačiau šiuo metu daugelis mokslinių tyrimų yra orientuoti į medicininių intervencijų įvertinimą ir pastebimas informacijos trūkumas, siekiant atskleisti psichologinius ir socialinius šio patyrimo ypatumus.

Tyrimo metodai: pasirinkta mišri tyrimo strategija. Tyrimo kiekybinėje dalyvavo 109 kūdikio susilaukti negalinčios moterys. Tyrimui sukurta anketa, kurią sudarė Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiesiems (LPGS-S), Vaisingumo gyvenimo kokybės klausimynas (FertiQoL) bei papildomi klausimai susiję su nevaisingumo ir gydymosi patirtimi. Kiekybinėje tyrimo dalyje dalyvavo 5 tyrimo dalyvės, duomenis rinkti giluminio interviu metodu, o analizuoti remiantis A. Giorgi fenomenologinės analizės metodu.

Rezultatai: Tyrimo metu, siekiant atskleisti kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę, su vaisingumu susijusią gyvenimo kokybę, santykį su savimi bei psichologinės pagalbos poreikį ir prieinamumą. Nustatyta, kad kūdikio susilauti negalinčių moterų psichologinė gerovė – vidutinė ir yra susijusi su išsilavinimu ($\beta=2,217$, $p=0,003$), atsakomybės už gydymą prisiėmimu ($\beta=-1,402$; $p=0,001$), parama ir palaikymu iš tą patį išgyvenančių žmonių ($\beta=-1,229$; $p=0,004$) ir pasitikėjimu gydytoju ($\beta=1,209$; $p=0,029$). Vertinant pagal su gydymu susijusius veiksnius psichologinė gerovė siejasi su nevaisingumo gydymosi trukme ir pakeistų gydytojų skaičiumi. Nesėkmingas bandymas susilaukti kūdikio moterų gyvenimo kokybę labiausiai paliečia per patiriamas neigiamas emocijas, o mažiausiai per santykius su partneriu. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų Moterys, susiduriančios su nevaisingumu susiduria su emocinės paramos ir psichologinės pagalbos poreikiu, tačiau tik nedidelė dalis išdrįsta jos ieškoti.

Pagrindinės išvagos: nesėkmingai bandant susilaukti vaikelio moterys neišvengiamai susiduria su neigiamais nevaisingumo jausmais, sudėtingėjančiu bendravimu su kitomis nėščiomis moterimis, mažamečiais vaikais ir aplinkiniais, kurie žeidžia savo kišimusi į poros šeimos planavimą. Nevaisingumas moterų gyvenime egzistuoja kaip natūrali jo dalis ir dažniausiai nekelianti sunkumų, kol nebūna sujudinta.

Raktažodžiai: nevaisingumas, psichologinė gerovė, gyvenimo kokybė, santykis su savimi, gydymosi patirtis.

SUMMARY

Sabaitytė, E. (2018). *The Psychological Well-being of Women Experiencing Infertility*. (Health Psychology Master's thesis). Supervisor: prof. dr. Nida Žemaitienė. Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, Department of Health Psychology: Kaunas. – 98 p.

Research problem: infertility is not only woman's or family's problem, but it is also all society's problem which affects psychological and sociological well-being, social relationships of a person and economic, demographic and health factors of the whole country. Therefore, it is important to develop complex approach to this problem and problem's solution options. However, many research focus on interference of medicine when examining the issue and thus, there is little information about psychological and sociological effects of infertility.

Methods: mixed research strategy was chosen. The study involved 109 women who can not get a baby. For research was created questionnaire, which consisted of Lithuanian psychologic well-being scale for adults, (LPGS-S), Fertility Quality of Life questionnaire (FertiQoL) and additional questions about infertility and treatment experience. Qualitative part of the research involved 5 women, data was collected using depth interviewing method, analysed based on A. Giorgi phenomenological analysis method

Results: the study seek to disclose women's psychological well-being, fertility-related quality of life, self-relationship and the need and availability of psychological help. It has been determined that the psychological well-being of women who are unable to get a child is average and is related to education ($\beta=2,217$, $p=0,003$), assuming responsibility for treatment ($\beta=-1,402$; $p=0,001$), support from people who have same experience ($\beta=-1,229$; $p=0,004$) and trust in the doctor ($\beta=1,209$; $p=0,029$). In terms of treatment-related factors, psychological well-being relates to the duration of treatment for infertility and the number of doctors replaced. The unsuccessful attempt to get a baby, women's quality of life it most affected by negative emotions, but at least in a relationship with a partner. Women who can not get a baby, encounter infertility are faced with the need for emotional support and psychological help, but only a small part dare to look for it.

Main insights: inadequately trying to get a baby, inevitably encounter women with negative infertility feelings, more and more complicated communication with other pregnant women, young children and the surrounding ones who hurts their interference in the planning of a couple's family. Infertility in women's lives exists as a natural part of it, and it often does not cause difficulties until it is touched.

Keywords: infertility, psychological well-being, quality of life, self - relationship, treatment experience.

PADĖKA

Visų pirma už šilumą, emocinę paramą, tikėjimą ir pasitikėjimą manimi, visų beprotiškų idėjų palaikymą, nuostabias įžvalgas nuolatinę pagalbą rengiant darbą skatinant augti noriu padėkoti savo darbo vadovei gerb. prof. dr. Nidai Žemaitienei.

Už metodinį solidarumą, palaikymą ir nuolatinį skatinimą judėti pirmyn bei jaukų prieglobstį interviu atlikimui noriu padėkoti psichologei – psichoterapeutei Sandrai Birbilaitei. Už profesinį palaikymą ir pagalbą atliekant tyrimą noriu padėkoti VUL SK Vaisingumo centro gydytojai Ramintai Baušytei bei visam kolektyvui, su kuriuo tyrimo metu užsimezgė šiltas ir jaukus ryšys, taip pat Vaisingumo asociacijai ir jos vadovei Rūta Vyšniauskaitė-Marcinkevičienė bei psichologei Romenai Kačinienei už pagalbą skleidžiant žinią apie vykdomą tyrimą.

Didžiausią padėką noriu išreikšti visoms tyrime sudalyvavusioms moterims. Už atvirumą, nuoširdumą, pasitikėjimą ir nepakartojamą laiką kartu, už tai, kad leidote bent truputėlį prisiliesti prie unikalios Jūsų patirties.

Taip pat didžiulį ačiū noriu tarti savo šeimai, už tai, kad šitame sunkiame kelyje visad buvote mano ramsčiai, tikėjote manim ir kai jau būdavau bepasiduodanti primindavot dėl ko einu šiuo keliu.

TURINYS

1. ĮVADAS.....	6
1.1. Įžanga.....	6
1.2. Tyrimo objektas, problema, aktualumas ir naujumas	7
1.3. Darbo tikslas ir uždaviniai.....	10
1.4. Literatūros apžvalga.....	11
1.4.1. Žmogaus gerovė	11
1.4.1.1. Pagrindinės žmogaus gerovės teorinės perspektyvos	12
1.4.1.2. Žmogaus gerovė, kaip multidimensinis konstruktas.....	17
1.4.1.3. Psichologinė gerovė.....	20
1.4.2. Nevaisingumas	22
1.4.2.1. Emocinė patirtis, nesėkmingai bandant susilaukti kūdikio	22
1.4.2.2. Nevaisingumo ir lytinio tapatumo dilema	23
1.4.2.3. Nevaisingumas ir psichikos sveikata.....	23
1.4.2.4. Nevaisingumo poveikis asmens socialiniam gyvenimui	24
1.4.2.5. Nevaisingumas – kompleksinė problema	25
2. TYRIMO METODAI	26
2.1. Fenomeno formulavimas ir tyrėjos santykis su juo	26
2.2. Tyrimo strategijos ir duomenų analizės metodo pasirinkimas.....	27
2.2.1. Kokybinės tyrimo strategijos ir giluminio fenomenologinio tyrimo pagal A. Giorgi pasirinkimo pagrindimas.....	27
2.3. Pasirengimas tyrimui ir etiniai tyrimo aspektai	28
2.4. Tyrimo instrumentai.....	29
2.5. Tyrimo eiga ir imtis	32
2.5.1. Tyrimo dalyvių paieška	32
2.5.2. Tyrimo eiga.....	32
2.5.3. Informacija apie tyrimo dalyvius	33
2.6. Duomenų analizės metodai.....	35
2.6.1. Kiekybinė duomenų analizės strategija	35
2.6.2. Kokybinė duomenų analizės strategija	36
3. REZULTATAI	37
3.1. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė: socialiniai, demografiniai ir klinikiniai veiksniai	37
3.2. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų nevaisingumo patyrimo ir jo gydymo įtaką gyvenimo kokybei	54
3.3. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė ir gydymosi patirtis	57
3.4. Moterų santykis su savimi, nesėkmingai bandant susilaukti kūdikio	73
3.4.1. Specifiniai situaciniai fenomeno apibrėžimai	73
3.4.2. Bendras fenomeno apibrėžimas	81
3.5. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinės pagalbos poreikiai ir prieinamumas	85
4. APTARIMAS	86
5. IŠVADOS	92
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	94

1. ĮVADAS

1.1. Įžanga

Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) Konstitucijos preambolėje parašyta: „Sveikata, tai visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės (angl. *well-being*) būseną, ne vien ligos ar silpnumo nebuvimas.” (Constitution of The World Health Organization, 1946, p.1). Šis dokumentas buvo pasirašytas 61 valstybės atstovų 1946 m. liepos 22 d. ir įsigaliojo 1948 m. balandžio 7 d. Tai reiškia, kad šiandien visame pasaulyje naudojamas sveikatos sąvokos apibrėžimas nekito jau 70 metų (Constitution of The World Health Organization, 1946). Tačiau dar penktajame dešimtmetyje PSO misijoje atsispindėjęs biopsichosocialinis požiūris į sveikatą praktiškai įgyvendinamas nebuvo. Tik po kiek daugiau nei dvidešimties metų JAV psichiatras George Engel savo darbuose pradėjo kvestionuoti sveikatos priežiūros sistemos veiklą ir kalbėti apie biomedicininio požiūrio į sveikatą ribotumus, analizuodamas, kodėl kartais fiziškai sveiki žmonės jaučiasi ligoti, o sergantieji nejaučia ligos simptomų. Autorius savo moksliniuose darbuose nemažai dėmesio skyrė pačių pacientų ligos suvokimui ir šio suvokimo svarbai ne tik gydymui, ligos eigai, bet ir tolimesnei adaptacijai prie ligos (Engel, 1977). Taigi palaipsniui prasidėjusios mokslinės diskusijos apie bendrąją sveikatos sampratą paskatino sugrįžti prie pirminio, PSO pateikto, sveikatos apibrėžimo, atsisakyti iki tol vyravusio patogeninio ir biomedicininio požiūrio bei pripažinti, kad pagrindinė sveikatą apibūdinančioji kategorija vis tik yra žmogaus gerovė (angl. *well-being*) (Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014). Kaliatkaitės ir Bulotaitės teigimu „sveikatos sampratai peržengus patogeninio požiūrio slenkstį <...> susiformavo gerovės paradigmos poreikis. Tai lėmė didelį ir iki šiol neslopstantį mokslininkų ir praktikų susidomėjimą šiuo fenomenu. Gerovės ir psichologinės gerovės sąvokos labai plačiai vartojamos tiek tyrimuose, tiek įvairiuose dokumentuose, kai kalbama apie žmogaus gyvenimo kokybę, bendrą savijautą, fizinę bei psichikos sveikatą, pasitenkinimą gyvenimu ir atskiromis jo sritimis.” (Kaliatkaitė, Bulotaitė, 2014).

Tuo tarpu mokslininkai pastebi, kad nevaisingumas, kaip bendra sveikatos būklė, turi įtakos ne tik psichologinei žmogaus gerovei, tačiau paliečia daugelį žmogaus gyvenimo sričių, atliepia ir ekonominiams, demografiniams bei medicininiams visos šalies rodikliams (Kuohung, Hornstein, 2016). Pirmieji specifiniai, į nevaisingumą orientuoti, moksliniai tyrimai buvo aprašyti Jenseno (1966). Savo darbe mokslininkas plačiąja prasme apžvelgė kūdikio susilaukti negalintį porų sveikatos rodiklius, analizavo ankstesnius mokslinius tyrimus apie kontracepciją, šeimos planavimą, galimas nevaisingumo priežastis bei šeimos praktiko darbą, tačiau pastebėjo, kad šio fenomeno ištyrimas yra ribotas. Jau tada savo darbuose Jensen atkreipė dėmesį į nevaisingumo temos jautrumą (Jensen, 1966). Nepaisant to, kad nuo pirmųjų nevaisingumo tyrinėjimų prabėgo jau daugiau nei

pussimtis metų ir didžiulė pažangos medicinos srityje, tačiau nevaisingumo diagnostika bei gydymas vis dar trunka labai ilgą laiką ir yra panašus į bandymų - klaidų metodą (Blyth, 2012), kurio metu poros susiduria ne tik su fiziniu, bet ir su psichologiniu skausmu, socialine atskirtimi (Dyer, Abrahams, Hoffman, van der Spuy, 2002).

1.2. Tyrimo objektas, problema, aktualumas ir naujumas

Pagrindinis šio tyrimo objektas – kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė. Psichologinė gerovė, centriniu tyrimo reiškiniu, pasirinkta siekiant tęsti dar bakalauro darbe pradėtus nevaisingumo mokslinius tyrinėjimus Lietuvoje (Sabaitytė, Žemaitienė, 2016). Atsižvelgiant į anksčiau atlikto kokybinio tyrimo rezultatus (Sabaitytė, Žemaitienė, 2016) darbe šalia moterų psichologinės gerovės siekiama atskleisti su nevaisingumu susiduriančių moterų santykį su savimi, įvertinti nevaisingumo įtaką gyvenimo kokybei bei sąsajas su gydymosi patirtimi.

Viena iš problemų yra ta, kad daugelis Lietuvoje atliekamų mokslinių tyrimų yra orientuoti į medicininių intervencijų ir medikamentų veiksmingumą bei fiziologinių nevaisingumo priežasčių tyrinėjimą. Kai tuo tarpu informacijos apie porų patiriamus psichologinius ir socialinius sunkumus labai trūksta. Taip pat stebimas ryškus visuomenės informavimo apie šią problemą ir jos sprendimo galimybes trūkumas bei kylančius sunkumus, su kurias susiduria nevaisingos poros. Svarbu suprasti, kad šie sunkumai nėra tik atskiros šeimos problema, kad tai – visos visuomenės problema, paveikianti kiekvienos šalies ekonominius, demografinius ir sveikatos rodiklius (Kuohung, Hornstein, 2016).

Nevaisingumas – problema, reikalaujanti neatidėliotinų sprendimų ir visos visuomenės dėmesio (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010). Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidė stereotipų ir neigiamų nuostatų kupiną visuomenės požiūrį į nevaisingumą, dėl kurio nevaisingos poros jaučia socialinę izoliaciją ir yra priverstos slėpti savo problemą (Istomina, Sąlygienė, 2007, cit. Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010). Naujausiuose moksliniuose tyrimuose pastebimas statistiškai reikšmingas ryšys tarp neigiamo požiūrio į nevaisingumą ir neadaptivių streso įveikos strategijų (Yazdani, Kazemi, Ureizi-Samani, 2016).

Svarbu paminėti, kad per pastaruosius dvejus metus, nuo anksčiau tyrėjos atlikto kokybinio tyrimo, kurio rezultatais remiantis buvo kuriama šio tyrimo strategija, stebimi ryškūs religiniai, politiniai ir teisiniai pokyčiai Lietuvoje. Iki šiol mūsų šalyje vyravo gana kontraversiškos ir dažnai kraštutinės nuomonės apie nevaisingumą ir jo gydymo metodus, ypač pagalbinį apvaisinimą, mėgintuvėlyje. Ypatingai konservatyvios pozicijos pagalbinio apvaisinimo klausimu laikėsi religinių institucijų atstovai, kurie vadovavosi principu, kad „pagalba negali peržengti pagarbos žmogaus gyvybei“. Viešai buvo reiškiamos viltys, kad tikintieji seime ir ypač politinės partijos, savo programose deklaruojančios krikščioniškas vertybes, išliks ištikimi Bažnyčiai ir nepritars siūlomam įstatymo projektui, kuriame jų akimis numatomas perteklinių embrionų sukūrimas, jų

šaldymas ir vėliau sunaikinimas pažeidžia prigimtinę teisę į gyvybę, kadangi remiantis Krikščioniškąja etika, žmogaus gyvybė atsiranda nuo prasidėjimo momento (Urbonaitė-Vainienė, 2016).

Tuo tarpu Lietuvos Bioetikos, komitetas pagalbinio apvaisinimo klausimus periodiškai svarstantis jau daugiau nei 10 metų, išskyrė bent tris esminius etinius klausimus, susijusius su pagalbinio apvaisinimu:

1. lytinių ląstelių donorystės leistinumumas;
2. sukuriamų embrionų skaičiaus ribojimas (t. y., ar gali būti leidžiama sukurti didesnį embrionų skaičių, nei jų įkeliami į moters kūną vieno apvaisinimo metu);
3. pagalbinio apvaisinimo finansavimo klausimas.

Žinoma specialistų nuomonės išsiskyrė tiek dėl lytinių ląstelių donorystės, tiek dėl sukuriamų embrionų skaičiaus. Pagrindiniai argumentai buvo grįsti tam tikros grupės žmonių teisių apribojimu. Vienoje pusėje, tai šeimų, negalinčių susilaukti kūdikio dėl vyro nevaisingumo, teisės, kitoje – būsimą vaiko, kuris praranda teisę į genetinę ryšį su vienu ar abiem tėvais, teisę augti biologinių tėvų šeimoje ar juos žinoti. Taip pat kyla klausimas ir dėl tradicinės tėvystės ir motinystės sampratos išlaikymo bei galimo moterų bei vyrų išnaudojimo. Kalbant apie sukuriamų embrionų skaičių nuomonės taip pat išsiskyrė. Palaikantieji sukuriamų embrionų skaičiaus ribojimą, savo poziciją grindė tuo, kad žmogaus gyvybės pradžia yra laikomas apvaisinimo momentas, ir kaip alternatyvą embrionų šaldymui siūlė – kiaušialąsčių šaldymą, tuo tarpu liberalesnės pozicijos atstovai, palaikantys embrionų skaičiaus ne ribojimą, vis tik pabrėžė, kad ilgainiui, tobulėjant technologijoms palaipsniui turėtų būti atsisakoma ir perteklinių embrionų sukūrimo bei jų šaldymo. Šiuo metu siūloma kiaušialąsčių šaldymo alternatyva yra susijusi su mažesniu procedūros efektyvumu, todėl uždraudus embrionų šaldymą ir jį pakeitus kiaušialąsčių šaldymu gali būti susijęs su didesne rizika moters sveikatai, nes nepavykus procedūrai jai turėtų būti dar kartą atliekama stimuliacija. O sprendžiant etinę finansavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo lėšų dilemą, buvo vadovautasi nuostata, kad pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją nevaisingumas yra liga, todėl ir jos gydymas turėtų būti finansuojamas lygiai taip pat, kaip ir kitų ligų atveju (Lietuvos Bioetikos komitetas, 2013).

Su nevaisingumu susiduriančias poras vienijanti Vaisingumo asociacija savo pranešimuose teigė prieštaraujanti alternatyviam pagalbinio apvaisinimo įstatymui, nes jame numatomas embrionų skaičiaus ribojimas, draudimas šaldyti embrionus ir donuoti lytines ląsteles, „padarytų didžiulę skriaudą nevaisingoms poroms“, atimtų galimybę gauti tinkamiausią gydymą, užtikrinantį maksimalią naudą ir minimalią žalą, moteriai tektų daugiau patirti daugiau operacijų, kas sukeltų ne tik daugiau finansinių išlaidų, bet daugiau fizinės žalos moters sveikatai. Vaisingumo asociacijos atstovai teigė, kad „kiekviena šeima, įvertinusi savo moralinius, etinius, religinius aspektus, privalo turėti galimybę pasirinkti ir protingą bei efektyvų gydymą. Tai numato ir garantuoja Lietuvos

Respublikos Konstitucija“. Vaisingumo asociacija savo pranešime atkreipia dėmesį į tai, kad alternatyvaus įstatymo nuostatos, reiškia, kad moterys privalėtų iškentėti dar ilgesnį, dar labiau alinantį ir gyvenimo kokybei neigiamų padarinių turintį gydymą. Šeimos kūdikių lauktų ilgiau ir tai joms kainuotų daug brangiau (Vaisingumo asociacija, 2016).

Tuo tarpu jaunųjų gydytojų asociacija (2016) savo internetiniame puslapyje skelbė reiškiantys didelį susirūpinimą dėl pasiūlytų pataisų ir teigė, kad pagalbiniis apvaisinimas yra „vienas iš sveikatos priežiūros klausimų, susiduriančių su didžiausiu išankstiniu nusistatymu ir ideologinių pažiūrų priešprieša.“ Jie yra įsitikinę, kad sveikata yra viena svarbiausių žmonijos vertybių, todėl jai pasiekti ir užtikrinti turėtų būti taikomos pažangios ir racionalios priemonės, o svarbūs su Lietuvos žmonių sveikata susiję sprendimai turėtų būti priimami argumentuotų diskusijų metu bei paremti įrodymais pagrįstais principais. Jaunųjų gydytojų asociacija išreiškė apgailestavimą, kad šiuo metu stengiantis skubos tvarka įstatymiškai reglamentuoti žmogaus reprodukcinės sistemos sutrikimų gydymą yra priimami sprendimai, prieštaraujantys geriausiems pacientų interesui, o manipuliuojant jautriomis sąvokomis yra klaidinama visuomenė (Jaunųjų gydytojų asociacija, 2016).

Svarbu paminėti, kad liberalusis pagalbinių apvaisinimo įstatymas sulaukė tvirto šalies prezidentės palaikymo, todėl po ilgų svarstymų, daugybės skirtingų nuomonių ir prezidentės vetuoto konservatyvaus pagalbinių apvaisinimo įstatymo, argumentuojant, kad embrionų skaičiaus ribojimas ir draudimas juos šaldyti neatitinka šiuolaikinių gydymo metodų (Bartkutė, 2016), 2016 metų rugsėjo 14 dieną buvo priimtas Lietuvos Respublikos Pagalbinių apvaisinimo įstatymas NR XII-2608, kuris „nustato moters pagalbinių apvaisinimo sąlygas, būdus, tvarką“ (LR Pagalbinių apvaisinimo įstatymas NR XII-2608, 1.1. str.). Ypatingai svarbu paminėti, kad šio įstatymo priėmimas lėmė, jog pagalbinių apvaisinimo paslaugos bus teikiamos ir kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, tačiau yra sąlyga – gydymas bus kompensuojamas susituokusioms arba partnerystę įregistravusioms poroms, kai moteris ne vyresnė, kaip 42 metų ir „tik tada, kai nevaisingumo negalima išgydyti jokiais gydymo būdais arba juos taikant nėra realios sėkmės tikimybės, taip pat tais atvejais, kai siekiama išvengti didelę negalią sukeliančios ligos“. Remiantis šiais teisės aktais valstybė kompensuoja didžiąją dalį pagalbinių apvaisinimo procedūrų, tačiau PSDF biudžeto lėšomis yra apmokami ne daugiau kaip 2 gydymo ciklai (LR Pagalbinių apvaisinimo įstatymas NR XII-2608, Pagalbinių apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas).

Tačiau net ir po kelerius metus trukusios pozicinės kovos nevaisingumo problemos paplitimą Lietuvoje vertinti yra gana sudėtinga. Šiuo metu šalyje vis dar nėra tikslaus vaisingumo sutrikimų registro. Kai kurių mokslininkų teigimu nevaisingų porų skaičius Lietuvoje gali sudaryti apie 15 proc. populiacijos (Skrubis, 1996, cit. Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010). Nors šiuo metu jau pradėti sisteminiai pokyčiai, siekiant sumažinti nevaisingumo gydymo kainą pacientams, tačiau

reiškinyvis dar nėra vertinamas visapusiškai. Šiuo metu yra reglamentuota medicininė pagalba, tačiau visos kitos nevaisingumo pusės vis dar yra nematomos. Susidūrimas su nevaisingumu vis dar reikalauja ne tik ne mažų finansinių resursų, bet ir vidinės stiprybės. Priimtas įstatymas visiškai neatsižvelgia į nevaisingumo ir jo gydymo keliamus emocinius išgyvenimus, socialinius bei psichologinius sunkumus. Pradėtas medicininių pagalbinio apvaisinimo procedūrų kompensavimas tik dar labiau paskatino biomedicininio požiūrio į sveikatą įsišaknijimą, kartais nevaisingumo gydymą paversdamas konvejerine sistema, kurioje „šampuojami“ vaikai, visiškai neįvertinant ne tik galimų psichosomatinių nevaisingumo priežasčių, bet ir ignoruojant tas poras, kurių gydymas yra nesėkmingas.

Įvertinus situaciją šalyje, turėtų būti siekiama sukurti kompleksinės pagalbos nuo nevaisingumo kenčiančioms poros sistemą, kuri apimtų ne tik medicininių intervencijų galimybes, bet įtrauktų ir socialinių bei psichologinių problemų, sprendimą (Istomina ir kt., 2010). Ypač svarbu gerinti porų adaptyvių problemų sprendimų įgūdžius ir atkreipti dėmesį į psichologinio atsparumo didinimą, susiduriant su nevaisingumo krize, padedant žmogui performuluoti gyvenimo tikslus ir keisti požiūrį į nevaisingumą (Yazdani ir kt., 2016). Todėl šiuo tyrimu siekiama pradėti platesnį nevaisingumo vertinimą Lietuvoje, atsižvelgiant ne tik į medicininius nevaisingumo gydymo aspektus ar pagalbinio apvaisinimo procedūrų sėkmės vertinimą, tačiau atsižvelgti į žmones, kurie šį gydymą patiria ir atskleisti nevaisingumo ir jo gydymo sukeltus emocinius išgyvenimus bei jų įtaką bendrai žmogaus gerovei. Tikimasi, kad šis tyrimas galėtų tapti „ledlaužiu“, paskatinančiu į nevaisingumą pažvelgti ne tik bemediciniškai, bet ir įvertinti šio sutrikimo psichosomatinis aspektus, įtaką psichologinei gerovei bei gyvenimo kokybei. Viliamasi, kad šio tyrimo rezultatai galėtų tapti gairėmis ne tik tolimesniems tyrimams, bet ir labai praktinėmis įžvalgomis, padedančiomis geriau suprasti kūdikio susilaukti negalinčių moterų išgyvenimus bei jų sąsajas su gydymo patirtimi, kas iki šiol mūsų šalyje buvo mažai analizuota.

1.3.Darbo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – įvertinti kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę ir su ja susijusius veiksniai.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę, atsižvelgiant į socialinius, demografinius ir klinikinius veiksniai.
2. Įvertinti kūdikio susilaukti negalinčių moterų nevaisingumo ir jo gydymo sąsajas su pagrindinėms gyvenimo sritims.

3. Išanalizuoti sąsajas tarp kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinės gerovės ir gydymo patirties ypatumų.
4. Atskleisti santykio su savimi ypatumus, nesėkmingai bandant susilaukti kūdikio.
5. Išanalizuoti kūdikio susilaukti negalinčių moterų pagalbos poreikius ir prieinamumą.

1.4.Literatūros apžvalga

1.4.1. Žmogaus gerovė

1946 metais Pasaulio Sveikatos Organizacijos pateiktas sveikatos apibrėžimas pagrindine sveikatą apibūdinančia kategorija įvardijo gerovę (angl. *well-being*) arba kitaip tariant žmogaus gerovę. Tačiau šiomis dienomis, analizuojant šį terminą susiduriame su moksline dilema. Skirtingų autorių ir mokslo sričių tyrimuose galime rasti ne tik daugybę skirtingų gerovės sampratų, bet ir gausybę šios sąvokos sinonimų (Dodge, Daly, Huyton, Sanders, 2012; Lijadi, 2018). Pavyzdžiui mūsų gimtojoje, šnekamojoje lietuvių kalboje sąvokai „gerovė“ (angl. *well-being*) pagrindiniu sinonimu tikriausiai galėtų būti laikomas platesnę prasmę turintis, tačiau šiuo metu Valstybinės lietuvių kalbos komisijos netinkamu vartoti pripažintas daiktavardis „gerbūvis“ (Valstybinė lietuvių kalbos komisija, 2018). Žodis „gerovė“ taip pat turi skirtingas reikšmes ir skirtingose kalbose. Lomas (2016) rado 216 „neišverčiamų“ įvairių pasaulio kalbų žodžių, susijusių su gerove. Savo darbe autorius, siekdamas praturtintų mūsų supratimą apie kultūrinius skirtumus gerovės struktūrose, šiuos žodžius suskirstė į tris pagrindines kategorijas: jausmai (įskaitant teigiamus ir sudėtingus jausmus); santykiai (apimantys intymumą ir pro socialumą) bei charakteris (apimantis asmeninius išteklius ir dvasingumą). Tuo tarpu akademiniam kontekste Lietuvoje mokslinėje literatūroje šalia sąvokos „gerovė“, kaip sinonimai, apibūdinantys gerą gyvenimą, pateikiamos sąvokos: gyvenimo kokybė, gerbūvis, gyvenimo standartas (Krutulienė, 2012), o užsienio autoriai tam pačiam reiškiniui apibūdinti naudoja kur kas daugiau terminų, tokių kaip: *welfare*, *individual well-being*, *subjective well-being*, *happiness*, *quality of life*, *life satisfaction* ir kt. (Lijadi, 2018).

Nors jau kurį laiką mokslininkai pastebi augantį akademinį susidomėjimą žmogaus gerove, tačiau dabartiniai šio konstrukto tyrimai yra linkę pabrėžti kiekybinius rodiklius, kurių prioritetu pasirinkimas ir konvertavimo mechanizmai tvarumo kriterijaus nustatymui lieka nepakankami, o klausimas, kaip turėtų būti apibrėžiama gerovė, taip ir lieka neatsakytas (Dodge, Daly, Huyton, Sanders, 2012; Lijadi, 2018). Todėl tolimesniuose šio skyriaus skyreliuose bus apžvelgiami pagrindiniai praeities bandymai apibrėžti gerovę bei jos dimensijas, analizuojant pagrindines teorines perspektyvas, nuo Aristotelio laikų iki šių dienų mokslinių atradimų.

1.4.1.1. Pagrindinės žmogaus gerovės teorinės perspektyvos

Psichologijos mokslų daktarė Anastasia Aldelina Lijadi (2018), atlikusi žmogaus gerovės tyrimų meta analizę, teigia, kad prieštaringi žmogaus gerovės apibrėžimai ir jos vertinimas yra susiję su tuo, kad iš esmės gerovė reiškia kiekybinį individualų kasdienio gyvenimo sąlygų vertinimą, kuriuo siekiama nustatyti, ar žmogus turi galimybių gyventi gerą gyvenimą konkrečioje bendruomenėje ar šalyje. Autorė teigia, kad egzistuoja skirtingos teorinės perspektyvos, vertinančios žmogaus gerovę. Vienos jų paremtos ekonomine bei politine perspektyva, kuria vadovaujantis buvo siekiama sukurti žmonių gerovės rodiklius, kurie padėtų valstybių valdytojams kurti ir formuoti naują politiką, skirtą realiam žmonių gyvenimo gerinimui bei paskatintų susitarimą tarp įvairių sričių specialistų, apibrėžiant tai, kas svarbiausia tolimesnei gyvenimo kokybės raidai. Šių teorijų pagrindu yra sukurti ir plačiai pasaulyje naudojami tokie indeksai kaip (angl. *the Better Life Index*), (angl. *Ecological Footprint (EF)*), (angl. *the Global Well-Being Index (GWI)*), (angl. *the Happy Planet Index (HPI)*), (angl. *the Human Development Index (HDI)*), (angl. *the Sustainable Society Index (SSI)*), (angl. *Gross Domestic Product (GDP)*) ir kt. (Lijadi, 2018).

Kitos perspektyvos ir požiūriai tuo tarpu yra labiau holistiniai ir kontekstualūs, atspindintys prasmingą ir tvarią individo bei jo socialinės ir fizinės aplinkos sąveiką. Veneri ir Edzes (2017) savo moksliniuose darbuose kvietė mokslinę, politinę, ekonomine ir socialinę bendruomenę sutelkti dėmesį į žmones (t. y. asmenis ir namų ūkius), o ne į plačią ekonominę sistemą. Mokslininkės teigė, kad būtina pripažinti daugialypį gerovės pobūdį, kuris apima daugybę aspektų, kurie yra svarbūs žmonių gyvenimui, atsižvelgti į gerovės rezultatų pasiskirstymą visose socialinėse grupėse, o ne tik į vidurkius ir suderinti objektyvius gerovės rodiklius su tomis gerovės sritimis, kurios yra pagrįstos subjektyviu individualiu požiūriu, atspindinčiu, kaip žmonės iš tikrųjų patiria ir vertina savo gyvenimo aplinkybes. Bendruomenės psichologijos tyrimų grupė Brazilijoje teigia, kad gerovė turėtų apimti subjektyvius, psichologinius, psichosocialinius ir socio-visuomeninius (angl. *socio-community*) gerovės aspektus, o idealiu atveju taip pat ir amžiaus, lyties, socialinės bendruomenės skirtumus skirtingose šalyse, miestuose ar regionuose (Sarriera, Bedin, 2017).

Pradedant analizuoti žmogaus gerovę, neatsiejamai kyla klausimas: Ar esate laimingi? Ar jūs gerai jaučiatės? Ar laimė lygi grovei? Laimė yra subjektyviai vertinama kaip turinti poveikį gyvenimo dimensijai. Kaip bebūtų, gerovė turi platesnę prasmę nei paprastas poveikis - tai yra vienas iš pažintinių sprendimų su bendrais gyvenimo aspektais (Carlquist ir kt., 2017). Tačiau mes nustatėme, kad Literatūrinė sąvoka "laimė" vartojama pakaitomis su grove.

Mokslininkai yra raginami būti atsargūs naudodami sąvoką „laimė“, kuri skirtingose kalbose suprantama skirtingai dėl istorinių, kultūrinių bei vietinių sąvokų supratimo aspektų. (Lomas, 2016; Carlquist ir kt., 2017). Pavyzdžiui, kai kuriose kalbose laimė yra sėkmės ar palankios fortūnos idėja

(vokiečių, norvegų, prancūzų, korėjiečių, rusų, japonų, kinų); kitose kalbose ji reiškia asmeninio pasitenkinimo, įgyvendinus tam tikrus norus, tikslus ar malonias patirtis, pasiekimą (italų, portugalų, ispanų). Lygindama dviejų kultūrų laimės suvokimą, Oishi (2010) nustatė, jog amerikiečiai laimę sieja su intensyviais jausmais ir įspūdziais, o tuo tarpu Kinijos žmonės ją apibūdino kaip „ramų, taikų jausmą ir pusiausvyros pojūtį“. Be to, Kinijos žmonės tvirtino, kad jei laimė yra įgyta dėl asmeninių pasiekimų, yra leidžiama ją išreikšti, o laimę įgijus sėkmės ir palankaus likimo dėka, geriau to nedaryti.

Žodis „gerovė“ taip pat turi skirtingas prasmes įvairiomis kalbomis. Lomas (2016) įvairiose pasaulio kalbose rado 216 „neverčiamų“ žodžių, tinkančių gerovės apibūdinimui. Jis suskirstė šiuos žodžius į tris kategorijas: jausmai (apimantys teigiamus ir sudėtingus jausmus); santykiai (įskaitant intymius ir prosocialius santykius); charakteris (įskaitant asmeninius išteklius ir dvasingumą). Šios kategorijos praturtina mūsų kultūrinių skirtumų suvokimą ir padeda konstruoti universalią gerovės sąvoką. Žodžiai „laimė“ ir „pasitenkinimas gyvenimu“ dažnai vartojami sinonimiškai, tačiau tyrimai rodo, kad žmonių reakcija, paprašius įvertinti šias dvi atskiras sąvokas, skiriasi (Becchetti, Conzo, 2017). Manoma, kad laimė susideda iš dviejų pagrindinių elementų: hedonijos (malonumas) ir eudaimonijos (gerai nugyventas gyvenimas) (Waterman, 2013). Hedonistinė laimės koncepcija paremta teigiamų potyrių gausinimu ir neigiamų mažinimu. Eudaimonija, kita vertus, susideda iš gyvenimo tikslo turėjimo, autonomijos jausmo, savęs priėmimo ir psichologinio gyvybingumo jausmo (Ryan, Deci, 2000; Ryff, Singer, 2008; Ryan, Huta, 2009; Ryff, 2014a;). Eudaimoninis požiūris teigia, kad žmogaus mintys ir veiksmai nėra vedami vien tik poreikio maksimizuoti malonumą. Laimė turi būti matuojama atsižvelgiant į laisvę patenkinti būtiniausius fizinius poreikius, formuoti ir įgyvendinti tikslus (šeimos kūrimas ir socialiniai santykiai, išsilavinimas, darbas) (Boffo, Brown, Sprenger, 2017). Neurobiologai nustatė, kad smegenų funkcijose matoma aiški konceptuali atskirtis tarp malonumo ir įsitraukimo komponentų. Visgi, laimingų žmonių atveju, hedonistiniai ir eudaimoniniai aspektai veikia kartu (Berridge, Kringelbach, 2011; Berridge, Kringelbach, 2015). Pozityvios psichologijos judėjimas pridėjo trečią laimės komponentą – tai su įsitraukimų susiję jausmai, apimantys įsipareigojimą ir dalyvavimą gyvenime (Seligman ir kt., 2005; Seligman, Csikszentmihalyi, 2014).

Ekonomistai taiko daug platesnį žmogaus gerovės suvokimą. Jie sutapatina apsirūpinimą ir gerovę, nors pinigų poveikis laimės prasme ir nėra didelis (Clark, Oswald, 1996; Diener, Oishi, 2000; Blanchflower, Oswald, 2004; Popescu, 2016). Jie teigia, kad norėdami pasiekti gerovę, žmonės mokosi prisitaikyti ir priprasti prie savo padėties (Brickman ir kt. 1978; Clark, Georgellis, 2013). Psichologai pritaria, kad žmonės turi daug stiprių savybių (Diener ir kt., 1999; Oksuzyan ir kt., 2010) ir atsparumo (Seery ir kt., 2010), padedančio prisitaikyti prie jų gyvenimo sąlygų (Diener, Oishi, 2000; Biswas-Diener, Diener, 2001; Diener ir kt., 2015).

1.4.1.1.1. Subjektyvi gerovė (angl. Subjective Well-being (SWB))

Subjektyvios gerovės (SWB) teorija remiasi asmenio pasitenkinimo suvokimu, maloniomis emocijomis ir nuotaikomis (teigiamu poveikiu) ir nemalonių emocijų stoka (neigiamu poveiku) (Diener, 1984b; Diener ir kt., 1985). Subjektyvi gerovė yra suprantama kaip kognityvinių ir emocinių žmogaus gyvenimo aspektų įvertinimų suma. Pasitenkinimas gyvenimu labiau susijęs su kognityviniu procesu, kurio metu asmuo įvertina savo gyvenimo kokybę (Diener ir kt., 1999). Kita vertus, laimė yra vertinama kaip emocinis subjektyvios gerovės komponentas (Lyubomirsky ir kt., 2005). Pastebima, kad dauguma tyrimų vienoje vertinimo skalėje naudoja žodžius „laimingas“ ir „patenkintas“, siekiant nustatyti respondento pasitenkinimą gyvenimu (Brickman ir kt., 1978; Alesina ir kt., 2004; Lyubomirsky ir kt., 2005; Binswanger, 2006; Pedersen, Schmidt, 2011).

1.4.1.1.2. Psichologinis gerovės komponentas

Psichologinio gerovės komponento tyrimų pradininkė yra Ryff, kuri pabrėžia optimalaus psichologinio funkcionavimo svarbą individo vystymosi ir savirealizacijos procese. Ryff teigia, kad laimė yra trumpalaikė emocinė gerovė (hedonistinis metodas), o tam, kad būtų pasiekta tvari gerovė, būtina pereiti iš pasitenkinimo gyvenimu į gyvenimo prasmės ieškojimą ir vidinio savęs pažinimą (eudaimoninė perspektyva). Ji siūlo šešis psichologinio funkcionavimo aspektus:

1. Savęs priėmimas: savianalizė, padedanti pažinti save ir suvokti savo ribotumą;
2. Teigiami santykiai: ryšių su artimaisiais gilinimas;
3. Asmeninis augimas: nuolatinis asmens augimas ir vystymasis;
4. Gyvenimo tikslas: reikšmingų tikslų siekimas ir bendro gyvenimo tikslo suvokimas;
5. Savarankiškumas: savarankiškumas minties ir veiklos požiūriu;
6. Aplinkos įvaldymas: gebėjimas valdyti aplinką, siekiant ją pritaikyti asmeniniams poreikiams ir vertybėms.

Vienas iš Ryff teorijos kritinių aspektų yra per didelis dėmesys aplinkos įvaldymui. Anot teorijos, žmogaus valia jį supanti aplinka turėtų būti modifikuojama, tačiau visai nepaisoma pozityvaus veikimo – įsitraukimo į gyvenimą, asmeninių talentų ir pajėgumų suvokimo, savišvietos įtakos. Ryff (2014b), peržiūrėjusi savo teoriją, nustatė, kad vienas svarbus stabilios gerovės išlaikymo būdas yra atsparumas – gebėjimas išlaikyti arba atgauti gerovę susiduriant su sunkumais. Be to, pagal Ryff:

- Didelis gerovės lygis lygiagrečiai progresuoja su suaugusiojo gyvenime vystomais uždaviniais, tačiau kartu su senėjimo procesu pastebimas ir gyvenimo prasmės nuosmukis bei mažėjantys asmeninio augimo tikslai;

- Gerovė kinta priklausomai nuo individo gyvenime išskylančių iššūkių: socialinis tarpusavio lyginimasis, įsitraukimas į bendruomenę, darbinis ir šeimyninis gyvenimas, tėvystė;
- Augantis sveikatos apsaugos sektoriaus susidomėjimas žmonių psichologine gerove mažina ligų riziką ir skatina gyvenimo trukmės augimą (Ryff, 1989; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, 2014).

1.4.1.1.3. Socialinės gerovės teorija

Nesutikdamas su egzistuojančiomis subjektyvios ir psichologinės gerovės teorijomis, Keyes (1998) pristatė socialinės gerovės aspektą, nurodantys jog gerovė – „asmeninis aplinkybių ir funkcionavimo visuomenėje vertinimas“. Ir teigia, kad asmenys yra tarsi įterpti į socialines struktūras ir bendruomenes, kuriose susiduria su daugybe socialinių uždavinių ir iššūkių, įskaitant:

1. Socialinę integraciją: asmens visuomeninių ir bendruomeninių santykių kokybės įvertinimas;
2. Socialinį pripažinimą: visuomenės suvokimas remiantis žmonių charakteriais ir savybėmis kaip apibendrinta kategorija (pasitikėjimas kitais, tikėjimas kitų gerumu; socialinis kolegiškumas siekiant priimti save);
3. Socialinį indėlį: vienos socialinės vertės vertinimas (tikėjimas, kad vienas asmuo yra gyvybiškai svarbus visuomenės narys, turintis ką duoti pasauliui);
4. Socialinį aktualizavimą: visuomenės potencialo ir veiklos krypties įvertinimas (visuomenės raida ir potencialas);
5. Socialinį suderinamumą: socialinio pasaulio kokybės, organizavimo ir veiklos suvokimas, apimantis susirūpinimą pačiu pasauliu.

Socialinės gerovės teorija gali būti taikoma tiriant asmens gebėjimą prisitaikyti ir integruotis į visuomenę, pavyzdžiui, migracijos, pabėgėlių ar prieglobsčio prašytojų atveju (Lijadi, 2018).

1.4.1.1.4. Apsisprendimo arba savideterminacijos teorija

Ryan ir Deci (2000) sukūrė Apsisprendimo teoriją (*angl. Self-Determination Theory*), kuri prasideda prielaida, kad asmenys yra savarankiški ir turi įgimtą ryžtą psichologiškai augti bei vystytis. Jei stengiasi būti kompetentingi susiduriant su problemomis ir integruojant patirtį į savasties jausmą. Ši natūrali žmogiškoji tendencija reikalauja nuolatinės socialinės aplinkos paramos per aktyvų įsitraukimą ir psichologinį augimą.

Praėjus dešimtmečiui, Ryan ir Deci (2011) toliau tobulino savo teoriją, įtraukiant šiuolaikines laimės koncepcijas, įskaitant hedonistines ir eudaimonines perspektyvas. Jie laimę regi kaip simptomą, o ne būtiną sąlygą gerovei pasiekti. Būdama simptomu, laimė yra susijusi su žmogaus

savireguliacijos gebėjimu. Pritaikant apsisprendimo sistemą, įvairių kultūrų asmenys naudoja savarankiškumą pagrindiniams psichologiniams poreikiams, susijusiems su kompetencija ir priklausomybe, patenkinti, tokiu būdu pasiekdami psichologinę gerovę ir laimę. Ryan ir Deci (2011) pabrėžia, jog savarankiškas savireguliacijavimas priklauso nuo individų asmeninių/tarpasmeninių santykių ir distalinio (politinio, kultūrinio, ekonominio) palaikymo. Remiant visuotinę autonomijos poreikį gerovei pasiekti, Yu su kolegomis (2017) atliko lyginamąją analizę tarp 36 nepriklausomų tiriamųjų grupių (22 iš JAV ir 14 iš Rytų Azijos (įskaitant Kiniją ir Japoniją)) - iš viso 12 906 dalyvių. Tyrimas parodė vidutinį koreliacijos lygį tarp savarankiškumo ir subjektyvios gerovės, o koreliacinis skirtumas tarp Rytų ir Vakarų tiriamųjų, nebuvo reikšmingas. Tyrimas susijęs su senėjančios visuomenės gerove taip pat remia apsisprendimo teorijos teiginį, kad autonomija yra universalus psichologinis poreikis (Vanhove-Meriaux, Martinent, Ferrand, 2017).

1.4.1.1.5. Pozityvioji psichologija

Pozityvioji psichologija palaiko gerovės tyrimų kryptis, remiančias daugiasluksnę perspektyvą, apimančią teigiamus potyrius ir tvarius psichologinius bruožus individualiu lygmeniu, pozityvius ryšius mezo lygyje ir pozityvias institucijas organizacijose makro lygiu. Pasak Seligman (2002) „pozityviosios psichologijos tikslas yra pagreitinti pokyčius psichologijoje pasirūpinant blogiausių dalykų ištaisymu gyvenime bei kuriant geriausius dalykus gyvenime“ (Seligman, 2002, p.3). Pozityvioji psichologija skatina žmonių atsiskleidimą, daug dėmesio skiria prevencijai ir sveikos gyvensenos skatinimui, o ne tik psichikos sutrikimų gydymui. Laimė prasideda su teigiama emocija, įsipareigojimu ir prasme. Įtraukiant santykių ir pasiekimų analizę, galima manyti, kad tai yra gerovės teorija (Seligman, Csikszentmihalyi, 2014). Pagal apsisprendimo teoriją pozityvioji psichologija iškelia individo atsakomybę inkorporuojant prasme, siekiant apibūdinti savo gyvenimą.

1.4.1.1.6. Gyvenimo kokybės teorija

Sociologas Veenhoven (1994, 1999, 2006, 2014), gyvenimo kokybės tyrinėjimams paskyrė tris dešimtmečius. Atlikęs literatūros meta-analizę jis surinktus duomenis apibendrino į gyvenimo kokybės matricos modelį (*angl.* The Quality of Life Matrix model), ieškodamas galimų gyvenimo kokybės variantų tarp išorinių galimybių ir vidinių žmogaus savybių dviejose gyvenimo srityse: gyvenimo galimybių ir gyvenimo rezultatų. Matrica rodo skirtingus būdus, kaip galima suprasti gyvenimo kokybę; kai žmonės naudojami savo išorinėmis galimybėmis ir vidinėmis savybėmis, jų gyvenimo kokybę galima pamatyti gyvenimo rezultatų srityje. Rezultatas – atspindi savo aplinkos ir savęs vertinimą.

1. Galimybė gyventi aplinkoje reiškia geras gyvenimo sąlygas, visos visuomenės kokybę. Ekonomistai gali tai apibūdinti kaip finansinę gerovę; ekologai mato galimybę gyventi natūralioje aplinkoje apibūdindami globalinio atšilimo terminais.
2. Žmogaus gyvybiškumas reiškia vidinio gyvenimo šansus; kaip gerai esame pasiruošę susidoroti su gyvenimo problemomis. Psichologai gali traktuoti tai, kaip produktyvumą arba intelektualumą/potencialumą arba savirealizaciją; biologas traktuos tai kaip prisitaikymo potencialą; medicinos požiūriu ši gyvenimo kokybė remiasi funkcinį defektų nebuvimu, tokių kaip psichologinių ar fizinių ligų. Nussbaum ir Sen (1993) pristatė panašią koncepciją, vadinamą gebėjimu, kuris numato, kad norint pasiekti gyvenimo kokybę, žmogui reikia trijų veiksnų: funkcionavimo (asmens pasiekimas), laisvės (pasirinkimo galimybė, savarankiškumas vertinant gyvenimo kokybę) ir konversijos efektyvumo (galimybė asmeniui konvertuoti savo išteklius į savo laisvę; priklausomai nuo individualumo, visuomenės ir aplinkos).
3. Gyvenimo naudingumas yra išorinio gyvenimo rezultatas. Geras gyvenimas yra reikšmingas gyvenimas kitiems, pavyzdžiui, įnašas į visuomenę, prosocialus elgesys, aplinkai nekenksmingas gyvenimas, dorybingas gyvenimas ir dažnai pateikiamas kaip tikrosios laimės esmė.
4. Dėkingumas gyvenimui yra vidinis gyvenimo rezultato įvertinimas, arba išskirtinai įvardintas kaip subjektyvi gerovė, pasitenkinimas gyvenimu ir laimė.

1.4.1.2. Žmogaus gerovė, kaip multidimensinis konstruktas

Lijadi (2018), atlikusi gerovės tyrimų literatūros analizę, teigia, kad žmogaus gerovė yra daugialypė, subjektyvi vertės koncepcija. Žmonės linkę keisti savo gerovės suvokimą, priklausomai nuo to, kokią vaidmenį jie užima tam tikroje situacijoje. Teoriškai, gerovės konceptualusis heterogeniškumas gali turėti begalę skaičių kombinacijų, nes tam tikras gerovės įvertinimas nurodo tik toje konkrečioje grupėje, tuo konkrečiu momentu, tam tikroje konkrečioje srityje suvokimą, kuris dažnai priklauso nuo įvairių poreikių ir norų, kurie skiriasi priklausomai nuo kultūros, lyties, amžiaus ir kt. Bet kokiam individui, gerovė, galima sakyti, priklauso nuo jo poreikių tenkinimo, ir noro, kuris yra pasiekiamas, kas lemia pasitenkinimo jausmą. Tačiau neįgyvendinta ir (arba) nepasiekta šiuo atveju svajonė, sąlygoja nusivylimo ir ilgesio jausmą. Net be skirtingų poreikių ir norų, individas retai patiria ilgalaikį, tvarų jausmą bei pasitenkinimą, kadangi poreikiai ir norai labai greitai kinta ir tik patenkinus vienus, jau „iššoka“ ir kiti. Todėl gerovės sąvoka skiriasi ne tik nuo asmens ar asmenybės, bet taip pat ir nuo vietos bei laiko. Atlikusi literatūros analizę autorė išskiria 10 pagrindinių gerovę apibūdinančių rodiklių: pasitenkinimas gyvenimu, sveikata, išsilavinimas, finansai, socialinis kapitalas, bendruomenė, valdžia ir valdymas, aplinka ir religija, kurie buvo laikomi pagrindiniais žmogiškojo gerovės apibūdinimo komponentais.

1.4.1.2.1. Pasitenkinimas gyvenimu

Pasitenkinimas gyvenimu atspindi asmens gyvenimo kokybės vertinimą, naudojant kognicijas, vidinę būseną ir nuotaiką. Kognityvinis vertinimas apima sąmoningą sprendimą dėl savo pasitenkinimo gyvenimu kaip visuma. Nors būsenos ir nuotaikos vertinimas apima hedonistinį požiūrį, kuris vadovaujasi malonių ir nemalonių emocijų ir jausmų, patyrimo dažniu, reaguojant į jų gyvenimą (Longo ir kt., 2017). Daugumoje tyrimų naudojamos Ed Diener subjektyvios gerovės ar gyvenimo kokybės skalės, skirtos matuoti psichologinę gerovę. Goodman ir kt. (2017) tyrimas atskleidė subjektyvios gerovės ir gyvenimo kokybės klausimynų panašumą ir galimybę būti transformuoti į vieną gerovės veiksnį.

1.4.1.2.2. Sveikata

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatos būklę apibrėžia kaip „visišką fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą“, kas dar kartą pabrėžia geros sveikatos svarbą kaip dominuojantį žmogaus gerovės determinantą tiek fizinei (Defenderfer ir kt., 2017; Răileanu Szeles, 2017; Wehby ir kt. 2017), tiek psichikos sveikatai (Czekierda ir kt. 2017; Smyth ir kt. 2017). Šiomis dienomis egzistuoja daugybė indeksų, kuriais siekiama išmatuoti sveikatą pagal gyvenimo trukmę ar sveiko gyvenimo trukmę (Hale) gimus vaikui, o tai išaugina skirtingų sveikatos priežiūros valstybių politikos lūkesčius gyvenimo kokybei ir psichologinei gerovei ir apima nebe tik vieno žmogaus sveikatą, bet ir visos visuomenės sveikatą.

1.4.1.2.3. Išsilavinimas

Išsilavinimas laikomas vienu iš svarbiausių veiksnių, skatinančių žmogų atrasti savyje potencialą ir mažinti liguistumą (Bencze 2017; Colucci-Gray 2017; Michalos 2017). Daugumoje šalių egzistuoja privalomasis mokyklinis išsilavinimas, kurio dėka vaikai ugdo įgūdžius ir įgauna įvairių žinių: kas yra prasmingas gyvenimas, kokios jų pareigos vietinėse ir pasaulio bendruomenėse, kaip išreikšti save ir suprasti kitų išraiškas, kaip jaustis gerai ir būti laimingu (Delors, 1996; Spratt, 2017).

Yra nustatyta, kad protiniai gabumai vaikystėje, 10 metų amžiaus, teigiamai koreliuoja su vidine kontrole sulaukus 16 metų, o tai yra svarbus prognozuojamasis veiksnys siekiant išsilavinimo (Furnham, Cheng, 2017). Protiniai gabumai glaudžiai susiję su mokslo rezultatais, suteikia platesnes ir geresnes darbo galimybes. O visa tai lydi į geresnį uždarbį.

Vietoj paprasčiausiai skaičiuojant, kiek metų žmogus eina į mokyklą, svarbu atsižvelgti į skirtingas šalių švietimo sistemas. Kai kurie metodai, naudojami įvertinti išsilavinimą yra: pasiekimų testai, suaugusiųjų studijos (skaičiuojama imant procentą suaugusiųjų, kurie lankė kursus, ir tą atsveriant imant bendrą skaičių metų, praleistų besimokantis) ir „gyvenimo mokykla“ (matuojama pagal ne akademinį dalykų proporciją) (Lijadi, 2018).

1.4.1.2.4. Socialinis kapitalas

Socialinio kapitalo rodikliai, susiję su gerove, yra apibūdinami kaip bendrų normų ir vertybių tinklas bei supratingumas, palengvinantis bendravimą ir bendradarbiavimą tarp žmonių grupių ar jų viduje (Putnam, 2000). Socialinių ryšių svarba žmogaus gerovei atsispindi draugystėje, emocinėje paramoje, socialiniame pripažinime, solidarume, norėjime priklausyti grupei ir būti mylimam ar pripažintam kitų (Bartolini ir kt. 2017). Tyrimas parodė, kad žmonės jaučiasi laimingesni, entuziastingesni, nėra tokie liūdni ar pavargę tuomet, kai bendrauja su kitais nei tada, kai nebendrauja (Bernstein, 1971; Puntsher ir kt., 2015; Bárcena-Martín ir kt., 2017). Socialinis kapitalas matuojamas pasitikėjimu, buvimu grupėse bei dalyvavimu socialinėse sueigose (Helliwell ir kt., 2014; Hamilton, ir kt., 2016; Almakaeva ir kt., 2017).

Lyginant socialinį kapitalą labiau individualistinėse ir labiau kolektyvistinėse šalyse, tyrimas su 50,417 dalyvių iš Europos Socialinės Apklausos 6 parodė mažesnę negu 10 proc. skirtumą socialinio kapitalo faktoriuose tarp šalių, kas reiškia, jog socialinio kapitalo dydis svyruoja iš esmės tarp žmonių, o ne tarp šalių (Beilmann ir kt., 2017). Tyrimas teigia, kad nagrinėjant žmones, socialinio kapitalo šaltiniai gali būti randami žmonių socialinėje aplinkoje bei jų kasdieninėse socialinėse sąveikose. Draugų ir giminaičių lankymas bent kartą per mėnesį ir dalyvavimas socialiniuose susibūrimuose padidina žmogaus bendrą pasitenkinimą (Bárcena-Martín ir kt., 2017). Atsižvelgiant į 25-ųjų metų metinius duomenis iš 4404 dabar jau mirusių Vokiečių socio-ekonominio tyrimo dalyvių, galima teigti, kad fiziniai sveikatos faktoriai vaidina svarbų vaidmenį gerovės smukime, bet kartu su psichosocialinėmis charakteristikomis, tokiomis socialiniai ryšiai (Brandmaier ir kt., 2017).

Socialinis kapitalas gali būti skirstomas į formalius ryšius (ryšiai, atsirandantys dėl narystės tam tikrose socialinėse grupėse, savanoriškos asociacijos) ir neformalius ryšius (kontaktai, atsirandantys dėl šeimyninių ryšių, draugysčių ir pažinčių, kai žmogus gali dalintis asmeninėmis patirtimis, emocijomis bei jausmais). Formalūs ryšiai gali turėti tam tikras taisykles, tuo tarpu neformalūs ryšiai yra užmezgami ir stiprinami dėka nerašytų taisyklių ir įsipareigojimų vienas kitam (Bian ir kt., 2017). Lyginant formalių ir neformalių ryšių poveikį žmogaus gerovei Australijoje, Britanijoje ir Kinijoje, buvo atskleista, jog formalūs ryšiai yra svarbūs gerinant žmonių bendrą

savijautą Britanijoje ir Kinijos miestuose, bet neformalus ryšiai turėjo daug daugiau įtakos visose trijose šalyse, o ypač Kinijos kaimuose (Bian ir kt., 2017).

Per pastaruosius dešimtmečius buvo aiškiai matyti, kaip vystėsi bendravimo technologijos, kurios leidžia pereiti nuo tradicinio bendravimo akis į akį ar rašytinių laiškų prie ryšių palaikymo internetu. Šio pokyčio poveikis vis dar analizuojamas. Kai kurie tyrimai palaiko (Guo ir kt., 2014; Neumeier ir kt., 2017; O'Brien ir kt., 2017; Castellacci, Tveito, 2018;) kai kiti tuo tarpu įspėja apie tradicinio bendravimo metodo pakeitimo pasekmes (Koc, Cavlin 2006; Huang, 2017; Sinche ir kt., 2017; Bozoglan, 2018). Buvo atskleista, kad aktyvus bendravimas socialiniuose tinkluose teigiamai veikia žmogaus gerovę, nes kuria socialinį kapitalą ir stimuliuoja socialinio priklausomumo jausmą (Chen, Li, 2009; Burrow, Rainone 2017; Verduyn ir kt., 2017; Wilson, 2017). Tačiau per ilgas laiko leidimas socialiniuose tinkluose siejamas su nerimu (Vannucci ir kt., 2017) ir gali išvystyti priklausomybę nuo interneto (Wilson, 2017). Jei žmogus būna socialinių tinklų pasyviu vartotoju (pavyzdžiui, stebėtoju ar persekiotoju), tai gali išprovokuoti pavydą ir savęs lyginimą su kitais, kas turi neigiamas pasekmes gerai savijautai (Jiang, 2017; Verduyn ir kt., 2017; Weinstein, 2017). Nepaisant milžiniško socialinių tinklų populiarumo, bendravimas akis į akį vis dar yra efektyviausias būdas malšinti vienišumą ir padidinti bendrą pasitenkinimą gyvenimu (O'Brien ir kt., 2017; Wohn ir kt., 2017).

1.4.1.3. Psichologinė gerovė

Psichologinė gerovė – subjektyvus terminas, kuris reiškia skirtingus dalykus, skirtingiems žmonėms. Psichologinė sveikata, dar kitaip vadinama psichikos sveikata, yra reliatyvi minčių būseną, kurioje sveikas žmogus sugeba tinkamai elgtis ir prisitaikyti prie nuolatinio kasdienio gyvenimo įtampos (Wells, 2010)

Psichologinės gerovės samprata kilo iš teigiamos psichologijos. Subjektyvi savijauta atspindi žmonių gyvenimo vertinimą, apimanti laimę, malonias emocijas, pasitenkinimą ir santykinį nemalonių nuotaikų ir emocijų nebuvimą. Kitaip tariant, asmens vertinimas jo gyvenime yra pagrįstas jo kognityvinėmis ir emocinėmis reakcijomis. Savęs vertinimas yra raktas į tai. Gerovės psichologija siekia padėti žmonėms gyventi labiau naudingą gyvenimą, įskaitant artimus santykius, atsakomybę į savo bendruomenę ir mėgavimąsi gyvenimu, t. y. patirti didesnę subjektyvią gerovę (Sisodiya, 2016).

Teigiamas psichologinis funkcionavimas įgavo kelis traktavimus istoriniame kontekste. Autorius turi atskirti hedonistinį požiūrį, kuris sako apie "subjektyvią gerovę", kad ji yra susijusi su laime, ir eudemoninį požiūrį, kuris susieja psichologinę gerovę su žmogaus tobulėjimui. Šioje antroje mąstymo tendencijoje autorius randa tokius autorius kaip Maslovas ir Rodžersas. Šie autoriai daugiausia dėmesio skyrė savirealizacijai ir visiškai funkcionuojančio žmogaus požiūriui susidėlioti būdus, kaip pasiekti gerovę ir asmeninį tobulėjimą (Wells, 2010)

Visai neseniai Carol Ryff suskirstė šią idėją į 6 aspektus: savęs priėmimą, teigiamus santykius su kitais, autonomiją, aplinkos įvaldymą, tikslą gyvenime ir asmeninį augimą. Siekiant įvertinti 6 minėtus aspektus, Ryff sukūrė psichologinę gerovės skalę, kiekvienoje iš jų yra 20 elementų. Po to buvo pasiūlytos trumpesnės versijos, dėl 120 originalių elementų (Wells, 2010), tuo tarpu Lietuvoje remiantis šių autorių moksliniais darbais buvo sukurta Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (Kairys ir kt., 2013).

Pastebėta, kad psichologinė gerovė teigiamai koreliuoja su pasitenkinimu gyvenimu, savigarpa ar vidine kontrole ir neigiamai su depresija ar kitais neigiamais veiksniais. Panašiai, sveikatos lygis teigiamai koreliuoja su šešiais psichologinės gerovės subskalėmis. Kai psichologinė gerovė yra lyginama pagal lytį, moterys turi aukštesnius balus santykiuose su kitais ir asmeniniu augimu. Kalbant apie skirtumus pagal amžių, literatūroje randama, kad pagyvenusių žmonių grupės balai aukštesni, dėl kai kurių veiksnių, tokių kaip autonomija ir aplinkos įvaldymas. Kitais veiksniais, pavyzdžiui, asmeniniu augimu ir tikslų turėjimas gyvenime, jauni žmonės pasižymi aukštesniais balais, o vertinant skirtumus pagal išsilavinimą ir profesinės veiklos lygį, psichologinė gerovė teigiamai susijusi su aukštesniu ir profesiniu lygiu (Wells, 2010).

Geros psichologinės gerovės palaikymas gali būti svarbus apsaugos faktorius, kai kyla keletas fizinių ar psichologinių problemų, ir įdomu ištirti, koku mastu įtakoja tam tikrų sveikatos problemų raidą (Wells, 2010)

Diener, Suh, Lucas ir Smith (1999) konceptualizavo psichologinę ir subjektyvią gerovę kaip platų konstrukta, apimantį keturis konkrečius ir atskirus komponentus, įskaitant (a) malonią ar teigiamą gerovę (pvz., Džiaugsmą, pagarbą, laimę, psichinę sveikatą), (b) nemalonų poveikį ar psichologines nelaimes (pvz., kaltę, gėdą, liūdesys, nerimas, nerimas, pyktis, stresas, depresija); (c) pasitenkinimą gyvenimu (visuotinis gyvenimo įvertinimas); (d) sferos ar padėties pasitenkinimas (pvz. darbu, šeima, laisvalaikiu, sveikata, finansais, savimi). McCulloch (1991) parodė, kad pasitenkinimas, moralė, teigiamas poveikis, socialinė parama ir t.t yra psichologinė gerovė. Bhogle ir Prakash (1995) sukūrė psichologinės gerovės priemonę, apimančią dvylika veiksnių (teigiamų ir neigiamų), tokių kaip beprasmybė, savigarpa, teigiamas poveikis, pasitenkinimas gyvenimu, savižudybės idėjos, asmeninė kontrolė, įtampa ir t.t. Žmogus su aukšta psichologinę gerovę ne tik prisiima aukštesnį pasitenkinimą gyvenimu, savigarbą, teigiamus jausmus ir požiūrį, bet ir efektyviau valdo įtampą, neigiamas mintis ir jausmus.

Taigi apibendrinant galima teigti, kad psichologinė gerovė yra labai platus konstruktas iš esmės apimantis subjektyvų žmogaus pasitenkinimą vidiniu ir išoriniu gyvenimu.

1.4.2. Nevaisingumas

Antrasis konstruktas, analizuojamas šiame darbe – nevaisingumas. Kliniškai jis apibrėžiamas kaip nepakankamos reprodukcinės sistemos liga, kuomet per 12 mėnesių reguliarių lytinių santykių, nenaudojant jokių apsisaugojimo priemonių, nepasiekiamas klinikinis nėštumas (ICMART, WDO, 2009). Tuo tarpu, kai moteris yra vyresnė, kaip 35 metų, šis laikotarpis sutrumpinamas iki 6 mėnesių (Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2013). Pasak Pasaulio Sveikatos organizacijos (2015) nevaisingumas (angl. infertility) arba, kitaip tariant, nepakankama reprodukinių funkcijų būklė (angl. state of subfertility) moterims gali pasireikšti trimis būdais:

1. Negalėjimu pastoti (angl. the inability to become pregnant);
2. Negalėjimu išnešioti kūdikio (angl. an inability to maintain a pregnancy);
3. Negalėjimu pagimdyti gyvo kūdikio (angl. an inability to maintain a pregnancy).

Atsižvelgiant į tai, yra skiriami du nevaisingumo tipai: pirminis ir antrinis nevaisingumas. Pirminiam nevaisingumui priskiriami atvejai, kuomet moteris niekada nėra gimdžiusi, t.y. atvejai, kai nepavyksta pastoti ar išnešioti vaikelio, nėštumas spontaniškai nutrūksta ar nesibaigia kūdikio gimimu. Tuo tarpu antrinis nevaisingumas nustatomas tuomet, kai moteris negali gimdyti, nesukeldamos pavojaus savo gyvybei (Mascarenhas ir kt., 2012).

1.4.2.1. Emocinė patirtis, nesėkmingai bandant susilaukti kūdikio

Didžioji dalis kūdikio susilaukti negalinčių moterų įvardija, susiduriančios su stipriomis ir intensyviomis emocijomis, tokiomis kaip deginantis skausmas, pyktis, gilus liūdesys, kartėlis, kaltė, vieatvė ir depresija (Dyer ir kt., 2002). Lietuvoje atliktame tyrime, pastebėta, kad daugelis, nuo nevaisingumo kenčiančių moterų be liūdesio ir kaltės, nuolatos jaučia gėdą bei kančios jausmą. Šiame tyrime taip pat pastebėta, kad moterims, kurioms yra diagnozuotas nevaisingumas labiau būdingas nepilnavertiškumo ir kančios jausmas, pyktis bei liūdesys, kad „gyvybės grandinė gali baigtis manimi“, nei moterims, kurios susiduria su sunkumais, bandydamos susilaukti vaikelio, tačiau joms nėra diagnozuotas nevaisingumas. Taip pat pastebėta, kad moterys, kurioms yra diagnozuotas nevaisingumas, yra dažniau kankinamos nežinios ir netikrumo bei „pjaunančio“ noro turėti savų vaikų (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Nemaža dalis, su nevaisingumu susiduriančių moterų kenčia nuo stigmatizacijos ir įžeidinėjimų, o kartais ir nuo fizinio smurto. Moterys dažnai jaučiasi perdegusios ir palūžusios (Dyer, Abrahams, Hoffman, van der Spuy, 2002). Pastebima ir ypač didelė psichologinio distreso rizika (Jahromi, Ramezanli, 2015). Taip pat kai kuriuose moksliniuose tyrimuose pastebima, kad dėl patiriamų emocinių išgyvenimų ir sunkumų, moterys savo gyvenimą suvokia, kaip betikslį, didėja savižudybės rizika (Dyer, Abrahams, Hoffman, van der Spuy, 2002).

Vertinant nevaisingų porų psichologines įveikos strategijas, pastebėta, kad moterys yra linkusios dėl nevaisingumo kaltinti save ir aktyviai konfrontuoti su liga, kai tuo tarpu vyrai yra labiau linkę pirmiau dėmesį atkreipti į simptomus, jų priežastis ir galimas pasekmes ir tik po to kaltinti save (Yazdani ir kt., 2016).

1.4.2.2. Nevaisingumo ir lytinio tapatumo dilema

Noras turėti vaikų – vienas pagrindinių žmogaus instinktų. Todėl dažnai nevaisingumą patiriantys žmonės jaučiasi pilnai neišpildantys savo, kaip vyro ar moters, vaidmens, jų lytinis tapatumas būna sutrikęs, o gyvenimas suprantamas, kaip betikslis (Shahnooshi, Karimi, 2010; Cserepes, Kollar, Sapy, Wischmann, Bugar, 2013).

Nevaisingumas yra unikali medicininė būsena, kuri įtraukia porą į ilgos gydymo procesą, kaip nedalomą vienetą ir paliečia ne tik kiekvieną individą atskirai, bet atliepia ir bendrai šeimos gerovei (Kuohung, Hornstein, 2016). Tačiau atlikus literatūros analizę paaiškėjo, kad daugelyje visuomenių, atsakomybė už poros nevaisingumą vis tik yra priskiriama moteriai (Rutstein, Iqbal, 2004).

Kūdikio susilaukti negalinčios moterys paprastai mano, kad būtent vaisingumas nusako buvimą arba nebuvimą moterimi, todėl susiduriama su didžiule baimę dėl to, kas bus, jei joms nepavyks išpildyti savo moteriškų funkcijų ir teigia, jog jos yra niekas, jei negali pagimdyti vaiko (Dyer ir kt., 2002). Tyrimai atskleidžia, moterims ypač būdingas stipriai sumažėjęs pasitenkinimas tiek fizine, tiek psichologine gyvenimo sfera, kenčiant nuo negalėjimo susilaukti vaikų, vyrų gyvenimo kokybės vertinimas buvo ženkliai geresnis.

Moksliniuose tyimuose, vertinančiuose lyties įtaką emociniam adaptyvumui, pastebėta, kad moterys statistiškai reikšmingai dažniau jaučia nerimą, joms būdingesnis neigiamas afektas, kai tuo tarpu vyrai pasižymi didesniu teigiamu emocijumu (Ramírez-Uclésa, Del Castillo-Aparicio, Moreno-Rosset, 2014). Taip pat pastebėtas ryšys tarp poroje jaučiamo pasitenkinimo ir bendravimo tarp partnerių bei pasireiškiančio neigiamo afekto ir psichologinio distreso, susiduriant su nevaisingumu (Pápay, Rigó, Nagybánai, 2013, cit. Ramírez-Uclésa ir kt., 2015). Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad susiduriant su nevaisingumu, būtent vyras gali tapti pagrindiniu šeimos stiprybės šaltiniu (Del Castillo, Arnal, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés, Urries, 2015)

1.4.2.3. Nevaisingumas ir psichikos sveikata

Vertinant Medicininio nevaisingumo gydymo pasekmes psichologinei žmogaus gerovei, pastebėta, kad moterys, kurioms yra gydytas nevaisingumas, nuolatos jaučia kančios jausmą ir teigia, kad „nevaisingumas užknisa juodai“ (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Pastebėta, kad nevaisingumas, kaip nuolatinio streso šaltinis, gali turėti įtakos žmogaus psichikos sveikatai. Tyrimų duomenimis net 62% kūdikio susilaukti negalinčių moterų kenčia nuo depresijos, iš kurių 40% pasireiškia vidutinė, o 22% lengva depresijos forma. Tačiau pastebima ir

tendencija, jog depresyvumo lygis proporcingai mažėja, ilgėjant nevaisingumo laikotarpiui. Aukščiausias depresyvumo lygis pastebimas tarp vyresnių nei 26 metų moterų, kurioms diagnozuotas pirminis nevaisingumas (Alhassan, Ziblim, Muntaka, 2014). Teigiama, kad pagrindiniai depresiją lemiantys veiksniai yra savikalta bei internalizuota ir eksternalizuota gėda (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, Matos, 2011).

Rasta įrodymų, kad moterys, reprodukciniame amžiuje susiduriančios su vaisingumo problemomis, pasižymi reikšmingai prastesne bendra sveikatos būkle ir gyvybingumu, mažesniu socialiniu aktyvumu bei prastesne psichine sveikta. Šie veiksniai turi ilgalaikį poveikį tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai ir tampa vis ryškiau pastebimi vėlesniame amžiuje (Graham, Hill, Shelley, Taket, 2011). Pastebėta, kad psichologinės problemos, su kuriomis susiduria pora ir socialinė izoliacija pablogina taikomo gydymo sėkmę ir gali išprovokuoti papildomus sutrikimus ir nepageidaujamus fizinius simptomus, kurie tik dar labiau komplikuoja nevaisingumą gydymą (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Kalbant apie medicininės pagalbos kokybę, su nevaisingumu susiduriantys žmonės išreiškia rūpestį dėl emocinės paramos ir sutelktumo stokos bei sveikatos priežiūros tęstinumo užtikrinimo. Tokioje situacijoje atsidūrę žmonės vertina gydytojų ir viso personalo demonstruojamą pagarbą ir suteikiamą autonomiją bei galimybę partneriui dalyvauti gydymo procese. Tačiau taip yra išreiškiamas ir didesnis gydytojų dalyvavimas gydymo procese bei laisva prieiga prie savo medicininių įrašų (van Empel, Nelen, Tepe, van Laarhoven, Verhaak, Kremer, 2010).

Paskutiniu metu stebima stipriai padidėjusi nevaisingumo gydymo paslaugų paklausa. Yra manoma, kad tam įtakos galėjo turėti ne tik medicinos technologijų pažanga, bet ir kintantis visuomenės požiūris į nevaisingumo problemą (Kuohung, Hornstein, 2016).

1.4.2.4. Nevaisingumo poveikis asmens socialiniam gyvenimui

Nevaisingumas – tai kompleksinė problema, kuri paliečia kiekvienos poros kasdienybę, priverčia susidurti su psichologiniais ir emociniais iššūkiais bei sukelia, anksčiau nepatirtų, socialinių problemų (Istomina, Sąlygienė, 2007, cit. Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010). Nors yra autorių, teigiančių, kad socialiniai kontaktai mažina emocines kančias (Lechner, Bolman, van Dalen, 2007) ir tampa erdve, kurioje galime atstatyti vidinę pusiausvyrą bei leidžia patirti pozityvių jausmų (Ramírez-Uclésa ir kt., 2015), tačiau Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidė, kad dėl stereotipų ir neigiamų nuostatų kupino visuomenės požiūrio, poros jaučia didžiulį spaudimą ir socialinę izoliaciją, kaip neatitinkančios socialinių normų. Dažnai su nevaisingumu susiduriantys žmonės yra priversti slėpti savo problemą, vengia diskusijų vaikų tema, ir dažnai pasirenka atsakyti socialinių kontaktų, bijodami viešumo, gailesčio ar pasmerkimo (Istomina, Sąlygienė, 2007, cit. Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Moksliniuose tyrimuose pastebėta, kad negalėjimas susilaukti kūdikio gali paveikia moters galimybę turėti stabilius santykius ir ištekti, taip pat padidinti skyrybų bei vyro neištikimybės riziką bei kelių santuokų skaičių, paveikti sutuoktinių tarpusavio santykius (Jahromi, Ramezanli, 2015). Nors vienos moterys teigia, kad pagrindinis jų paramos šaltinis yra vyras, kitos tuo metu įvardiją atsiradusį barjerą tarp jos ir vyro, bei nuolatinį vengimą kalbėti apie šeimą slegiančią problemą (Rutstein, Iqbal, 2004; Dyer ir kt., 2002).

Vertinant, kūdikio susilaukti negalinčių moterių socialiniu ryšius, pastebėta, kad dėl patiriamo nevaisingumo moterims yra sumažėjęs gebėjimas valdytis, todėl jos dažnai patiria problemų bendraudamos su aplinkiniais ir nuolatos privalo laikytis vidinės savi disciplinos, taip pat pradeda vengti susitikimų su draugais ar pažystamais (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010). Tuo tarpu pagrindiniais paramos šaltiniais moterys įvardija vyrą, artimus šeimos narius bei religiją. Moterų teigimu, nusiramino taip pat teikia ir pokalbiai su tokią pat problemą turinčiomis moterimis (Dyer ir kt., 2002, Jahromi, Ramezanli, 2015).

1.4.2.5. Nevaisingumas – kompleksinė problema

Nors šiuo metu vis dažniau ir plačiau diskutuojama apie nevaisingumo paveiktų porų problemas, tačiau vis dar akivaizdžiai pastebimas atotrūkis nuo kompleksinio požiūrio į šią ligą. Tiek praktinėje, tiek mokslinėje srityje didžiausias dėmesys yra teikiamas fiziologiniams nevaisingumo aspektams ir medicininėms intervencijoms bei etiniams ir moraliniams pagalbinio apvaisinimo klausimams, visiškai pamirštant psichologinės ir socialinės paramos svarbą bendrai šeimos gerovei (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Vis dažniau moksliniuose tyrimuose yra atkreipiamas dėmesys į kompleksinio nevaisingumo gydymo būtinybę. Jau kurį laiką pastebimas žmogaus psichologinės būsenos poveikis ne tik psichikos sveikatai, bet ir fizinei būklei, įsitraukimui į gydymo procesą bei socialinei šeimos gerovei. Todėl svarbiu pagalbos porai uždaviniu tampa porų mokymas suprasti ir spręsti savo psichologines problemas (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Ankstesniais tyrimais nustatyta, kad poros, susiduriančios su sunkumais, bandant susilaukti vaikelio, turėtų būti informuojamos apie besikeičiančius lyčių vaidmenis tokiose situacijose bei mokomi lankstumo ir bendradarbiavimo, vieno su kitu, siekiant įveikti nevaisingumo našta. Nes būtent dalinimasis ir partnerystė veikia kaip kylančio streso mažinimo šaltinis (Cserepes, Bugán, Korösi, Toth, Rösner, Strowitzki, Wischmann, 2014).

2. TYRIMO METODAI

2.1. Fenomeno formulavimas ir tyrėjos santykis su juo

Nevaisingumo tema domiuosi jau keletą metų. Dabar, turėjus daugybę ypatingai jautrių ir atvirų pokalbių su nevaisingumą išgyvenančiomis poromis, darosi sudėtinga prisiminti šio domėjimosi užuomazgas. Peržvelgusi ankstesnių savo tyrimų fenomeno formulavimo ir asmeninio santykio su juo aprašymus radau citatą „visų pirma man, kaip būsimai psichologei, buvo sunku stebėti skausmą ir nusivylimą tų porų akyse, kai susibūrimų metu tema pasisukdavo apie vaikus ir aplinkiniai imdavo spauti ir ne tik įkyriai klausinėti, bet dar ir mokyti, kaip gi tą vaikelį reikia pasigaminti. Laikui bėgant ir sutinkant vis daugiau porų, nesėkmingai bandančių susilaukti vaikelio, supratau, kad tai nėra atsitiktinumas ir ši problema auga ir reikalauja didžiulio specialistų dėmesio”. Šiandien skaitant šiuos žodžius vis dar kyla neteisybės jausmas. Man vis dar sunku stebėti skausmą ir nusivylimą, bet prisiminusi save prieš dvejus metus, antrojo tyrimo metu atliekančią interviu, iškyla baimės ir išgąščio kupinos akys. Dabar atrodo, kad tuo metu nežinojau kur esu, nežinojau ką darau ir ką turėčiau daryti, kad nesukelčiau dar daugiau skausmo. Po atliktos duomenų analizės ir baigiamojo darbo gynimo jaučiausi kaip visų nevaisingų moterų garsiakalbis, jaučiau pareigą nešti žinią, pareigą šviesti visuomenę ir saugoti visas poras, susiduriančias su sunkumais, bandant susilaukti vaikelio.

Bėgant laikui, pradėjus magistrantūros studijas ir praktiką, tikriausiai pradėjo formuotis mano, kaip specialisto, psichologo identitetas. Tuomet apėmė dvejonės dėl baigiamojo darbo temos. Nors visą laiką atrodė, kad nevaisingumo tema – nebeatskiriama nuo manęs, pradėjau svarstyti ar dar „neišsisėmiau”, ar dar nepasakiau visko, ką galima pasakyti šia tema, ar dar nepadariau visko, ką galėjau padaryti dėl šių porų. Ilgai dvejojau. Nors niekas neatrodė artimiau už nevaisingumo temą, vis tik ieškojau. Savyje išsigryninau jausmą, kad šiuo metu aš, atrodo, galiu suprasti, ką išgyveną poros, susiduriančios su sunkumais laukiant vaikelio, bet tai ir yra viskas, tai mano riba.

Ir tuo metu mano artimoje aplinkoje vėl išryškėjo pora, negalinti susilaukti vaikelio. Dar dabar galvoje skamba moters žodžiai „tuo metu, kai keturiomis, kaip besiveršiuojanti karvė, ėjau palatos grindimis, te galvojau apie tai, kodėl pas mane neateina psichologas, kodėl man niekas nepasiūlo pagalbos”. Tai buvo moters žodžiai apie antrą kartą trečią neštumo mėnesį medikų nutrauktą nėštumą, nes vaisius nesivystė. Jos vyras pokalbį papildė žodžiais „nežinojau ką daryti, nežinojau ką pasakyti, juk pats plyšau viduje”. Girdint šiuos žodžius viduje plyšau ir aš. Tikriausiai tas skausmas ir privertė nepasiduoti. Kaip tik neužilgo po šio pokalbio socialiniame tinkle „facebook” pamačiau Vilniaus Geštalt Instituto organizuojamą trijų dienų seminarą su iš Baltarusijos atvykstančia šeimos psichologe, reprodukcinės psichologijos ir psichoterapijos specialiste, geštalto terapeute ir supervizore Anna Matuliak. Tikriausiai šie mokymai ir tapo buvo mano raktu, atrakinusius visus

vidinius barjerus. Po šių mokymų supratau, kad galima ne tik suprasti poras, kad galima su jomis dirbti, kad aš galėčiau su jomis dirbti. Kada žinau, ką galėčiau pasiūlyti. Ir kad šis tyrimas galėtų tapti mano argumentu, jog su nevaisingumu susiduriančioms moterims yra būtina pagalba ir Lietuvoje.

2.2. Tyrimo strategijos ir duomenų analizės metodo pasirinkimas

Remiantis anksčiau atlikto kokybinio tyrimo rezultatais, asmenine tyrėjos patirtimi, atliekant interviu ir moksliniu žingeidumu, šiam darbui buvo pasirinkta mišri tyrimo strategija. Pastebėjus kūdikio susilaukti negalinčių moterų patyrimo dėsningumus ir galimus panašumus su psichologinės gerovės konstruktu, šios hipotezės patikrinimui ir platesniam fenomeno ištirimui pasirinkta kiekybinė tyrimo strategija, leidžianti įvertinti patyrimo ypatumus platesnėse imtyse ir daryti bendresnes bei plačiau pritaikomas išvadas Kiekybinės O tuo tarpu subjektyviam santykiui su savimi, kaip nevaisinga moterimi, kuris specifiškai, tačiau tyrėjos nuomone ne pakankamai išsamiai atsiskleidė ankstesniuose tyrimuose, buvo pasirinkta kokybinė tyrimo strategija. Duomenys rinkti individualaus interviu metu, taikant giluminio interviu metodą. Interviu metu surinkti duomenys buvo įrašyti diktofonu, vėliau transkribuoti ir analizuoti, taikant psichologinę fenomenologinę analizę pagal A. Giorgi (Giorgi & Giorgi, 2008).

2.2.1. Kokybinės tyrimo strategijos ir giluminio fenomenologinio tyrimo pagal A.

Giorgi pasirinkimo pagrindimas

Šiame darbe pasirinkimą į tyrimą įtraukti ir kokybinę tyrimo strategiją bei analizei naudoti fenomenologį psichologinį A. Giorgi metodą, nulėmė keletas veiksnių. Visų pirma tai labai specifinė, jautri ir mažai tyrinėta grupė – kūdikio susilaukti negalinčios moterys bei jų specifinis patyrimas, kuris vis dar nėra moksliškai išgrynintas ir reikalauja atviro giluminio požiūrio. Todėl būtent giluminė kokybinė tyrimo strategija leidžianti kiek įmanoma plačiau pažvelgti į tyrinėjamą reiškinį „suprasti, kaip individai suvokia bei aiškina pasaulį ir kaip individualiai kuriamos prasmės lemia jų elgesį“ (Kardelis, 2002, p. 272).

Analizuojant psichologinės gerovės klausimynus pastebėjau, kad nei vienas iš jų nevertina žmogaus santykio su savimi, kuris tampa kone esminiu moterims, susiduriančioms su nevaisingumu. Nesėkmingai bandant susilaukti vaikelio didžiausias dėmesys skiriamas moters kūnui, ji turi stebėti savo ciklą, skaičiuoti vaisingas dienas, planuoti lytinius santykius, reguliariai leisti vaistus, kas visų pirma įpareigoja atsigręžti į save. Tačiau man vis kirbėjo klausimas, su kokia savimi tokiose situacijose susiduria moterys, kokie kyla jausmai sau, kokios aplanko mintys apie save. O gal pats sau tampi nereikšmingu, lyginant su vaikiu, kurio taip lauki... Taigi visi šie pamąstymai, kilę po bakalauro metais atlikto tyrimo pastūmėjo mane pamėginti atskleisti atskleisti subjektyvų moterų patyrimą, suprasti individualią santykio su savimi prasmę bei atlikti giluminę jo analizę, ką užtikrinti

gali tik kokybinė tyrimo strategija (Kardelis, 2002). Šio tyrimo metu, siekėme ne tik įsiklausyti ir išgirsti, kūdikio susilaukti negalinčias moteris, bet kurti ir tarsi „įgarsinti“ kiekvienos iš jų subjektyvią patirtį, atskleisti specifinę situacinę santykio su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio patyrimą bei suformuoti apibrėžimą. Tikėjomės, kad giluminis kūdikio susilaukti negalinčių moterų santykio su savimi atskleidimas galėtų padėti ne tik geriau suprasti išgyvenimus, su kuriais susiduria tokios moterys, bet ir tapti gilesnėmis gairėmis, produktyviau organizuojant tiek medicininę, tiek psichologinę pagalbą žmonėms, paliestiems nevaisingumo, kuri būtų orientuota į biopsichosocialinį sveikatos suvokimą, nukreipta ne tik į medicininės intervencijas, bet ir psichosocialinės paramos teikimą.

Antrasis aspektas, lėmęs kokybinės tyrimo strategijos įtraukimą į šį tyrimą, buvo mano, kaip būsimos psichologės asmeninis požiūris į žmogų ir psichologinius tyrimus. Tiek asmeniniame gyvenime, tiek profesinėje srityje, bendraudama su žmonėmis, dažnai išgirdavau nevilties kupiną frazę „vis tiek nesuprasit“ ir kažkuriuo metu net pati buvau tuo patikėjusi. Nepaisant to, kad nevaisingumo tema domiuosi jau nebe pirmus metus, vis dar pastebiu literatūros simptomų bei gydymo metodų siekiant išsiaiškinti nevaisingumo priežastis ir galimus sprendimo būdus. Tai labai vertingi ir prasmingi tyrimai, tačiau man, kaip būsimai psichologei jie yra labiau apie moters organizmą, bet ne apie pačią moterį. Ir man vis kirbėjo klausimas galvoje: moteris ar organizmas laukiasi kūdikio? Jei organizmas, tai kodėl taip dažnai susiduriame su neaiškios kilmės nevaisingumu, kai mediciniškai atrodo, kad pora sveika, tačiau vaikelio susilaukti nepavyksta. Taigi nevaisingumo ir jo gydymo keliami emociniai išgyvenimai, žmogaus psichologinė gerovė tarsi yra pamirštama. Todėl su pagalbiniu apvaisinimo įstatymu atsivėrus durims pagalbos nevaisingoms poroms sistemos kūrimui, atsiveria galimybė pradėti skleisti žinią apie nevaisingumo patyrimo ypatumus, bet tik patys žmonės gali papasakoti, ką reiškia negalėti susilaukti vaikelio ir ko tuo metu labiausiai reikia. Taigi norėdama tarsi susodinti visus prie bendro stalo, pasirinkau mišrų tyrimo metodą bei giluminį fenomenologinį tyrimą pagal A. Giorgi, kuris leidžia išgirsti, tačiau kartu ir transformuoti specifinį patyrimą į bendrinę kalbą, kurią kur kas lengviau suprasti to nepatyrusiems žmonėms.

2.3. Pasirengimas tyrimui ir etiniai tyrimo aspektai

Pasirengimą šiam tyrimui būtų galima suskirstyti dvi grupes, t.y. vidinį ir praktinį. Siekiant tinkamo vidinio pasiruošimo tyrimui ir budrumo savo subjektyvumui užtikrinimo, viso tyrimo metu buvo rašomas santykio su tyrimu dienoraštis. Tuo tarpu praktinį pasiruošimą tyrimui sudarė potencialių tyrimo vietų ir partnerių kiekybinei tyrimo daliai numatymas bei išankstinis galimų interviu atlikimo vietų apsvaistymas, siekiant etinių tyrimo aspektų išpildymo. Numatytos galimos

neutralios, tačiau dalyvių privatumą ir anonimiškumą užtikrinančios vietos įvairiuose miestuose, siekiant maksimaliai išvengti galimų emocinių triggerių ir sukelti kuo mažiau nepatogumų tyrimo dalyvėms.

2.4. Tyrimo instrumentai

Tyrimui atlikti buvo sukurta anketa, kurią sudarė Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiesiems (LPGS-S) (Bagdonas, Kairys, Liniauskaitė, Pakalniškienė, 2013), sutikimas naudoti anketą gautas elektroniniu paštu, FertiQoL tarptautinis Vaisingumo ir gyvenimo kokybės klausimynas (*angl. Fertility Quality of Life*, 2008) (Boivin, Takefman, Braverman, 2011) – laisvai prieinamas internete, ir papildomi tyrėjos sugalvoti klausimai, remiantis anksčiau, bakalauro darbe, atlikto kokybinio tyrimo rezultatais (Sabaitytė, Žemaitienė, 2016) bei klausimai socialiniams, demografiniams, klinikiniais ir su nevaisingumo gydymu susijusiems veiksniams vertinti. Tyrimo anketa pateikiama 2 priede.

Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinei gerovei įvertinti buvo naudojama ***Lietuviškosios psichologinės gerovės skalės suaugusiųjų versija (LPGS-S)***, kurią sudaro:

- *Optimizmo (LPGS_O)* subskalė, kuri padeda įvertinti individo optimizmo lygį, pasitenkinimą savimi bei įsitikinimą apie gebėjimą kontroliuoti savo veiksmus ir aplinką.
- *Pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL)* subskalė vertina pasitenkinimą pajamomis ir pragyvenimo lygiu.
- *Neigiamo emocijų (LPGS_NE)* subskalė leidžia nustatyti patiriamų neigiamų emocijų, nusivylimo ir įtampos jutimo dažnumą.
- *Pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA)* subskalė skirta nustatyti pasitenkinimą santykiais su šeimos nariais ir kitais giminaičiais, bei pasitikėjimą jais.
- *Pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS)* subskalė vertina pasitenkinimą arba nepasitenkinimą santykių kiekybe ir kokybe su draugais bei kitais artimais asmenimis ir gebėjimą užmegzti artimus santykius bei būti suprantam.
- *Pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS)* subskalė atskleidžia pasitenkinimą savo fizine sveikata, nusiskundimų turėjimą arba neturėjimą, jausmo, kad serga dažnumą bei suvokiamą darbingumo lygį.
- *Pasitenkinimo darbu (LPGS_PD)* subskalė skirta nustatyti pasitenkinimo lygį darbu, profesija, gebėjimą susidoroti su kasdienėmis pareigomis bei (ne)priklausomumo nuo kitų jausmą.

- *Pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL)* subskalė vertina bendrą asmens savijautą, susijusią su buvimu Lietuvos piliečiu (Kairys, Bagdonas, Liniauskaitė, Pakalniškienė, 2013)

Kiekvieną subskalę sudaro skirtingas teiginių skaičius (žr. X lentelė), tiriamųjų yra prašoma atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir pasirinkti vieną iš 5 galimų atsakymų (*Tikrai ne; Daugiau Ne, negu Taip; Nei Ne, nei Taip; Daugiau Taip, negu Ne; Tikrai taip*), labiausiai atitinkantį jų sutikimą ar nesutikimą su tuo teiginiu. Aukštesni, nei 55 T balų įverčiai rodo aukštą teigiamą subskalės vertinamų savybių išreikštumą, o įverčiai žemesni, nei 45 T balai – žemą neigiamą subskalės vertinamų savybių išreikštumą. Bendras psichologinės gerovės balas skaičiuojamas išvedant subskalių vidurkį. Tai standartizuota ir validi originali lietuviška metodika, skirta tirti būtent Lietuvos gyventojų psichologinę gerovę bei nustatyti jos problemines sritis (Kairys, Bagdonas, Liniauskaitė, Pakalniškienė, 2013). Įvertinus naudotų subskalių patikimumą šiame tyrime, nustatyta, kad visos subskalės yra tinkamos naudoti – viršija mažiausią reikalaujamą Kronbacho alfos reikšmę (0,7) (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006).

1 lentelė. LPGS-S subskalių vidinis patikimumas.

Subskalė	Kronbacho alfa	Teiginių skaičius	Maksimalus įvertis (pirminiais balais)
LPGS O	0,847	9	5
LPGS PPL	0,858	7	5
LPGS NE	0,835	8	5
LPGS PSSA	0,802	9	5
LPGS PTS	0,817	6	5
LPGS PFS	0,807	11	5
LPGS PD	0,803	7	5
LPGS PGL	0,931	2	5

Tuo tarpu su nevaisingumu susijusiai gyvenimo kokybei įvertinti naudotas ***Tarptautinis Vaisingumo gyvenimo kokybės klausimynas*** (angl. *Fertility Quality of Life, FertiQoL*), kurį sudaro trys pagrindiniai suminiai rodikliai bei šešios jų subskalės:

1. *Bendra su vaisingumu susijusi gyvenimo kokybė* (angl. *Total FertiQoL*)
2. *Pagrindinė su vaisingumu susijusi gyvenimo kokybė* (angl. *Core FertiQoL*), kurią sudaro keturios subskalės:
 - Emocijų (angl. *Emotional*) subskalė, kuri vertina neigiamų emocijų, tokių kaip pavydas, apmaudas, liūdesys ir depresija, poveikį gyvenimo kokybei.
 - Minčių – kūno (angl. *Mind-Body*) subskalė, kurios įvertis rodo nevaisingumo poveikį fizinei sveikatai (pvz.: nuovargis ar skausmas), kognicijoms (pvz.:

koncentracijai) ir elgesiui (pvz.: atidėti gyvenimo planai ar sutrikdyta kasdienė veikla).

- Poros santykių (*angl. Relational*) subskalė, kurios įvertis nurodo vaisingumo sutrikimų poveikį santykių ir partnerystės komponentams, tokiems kaip seksualumas, komunikavimas ar įsipareigojimai.
- Socialinių santykių (*angl. Social*) subskalė atskleidžia vaisingumo sutrikimų poveikio socialiniams santykiams apimtį, pavyzdžiui, socialinį įsitraukimą, lūkesčius, stigmas bei paramą.

3. *Su nevaisingumo gydymu susijusi gyvenimo kokybė (angl. Treatment FertiQoL)*, kurią sudaro dvi subskalės:

- Gydyto aplinkos (*angl. Treatment Environment*) subskalė, kurios įvertis nurodo vaisingumo sutrikimų gydymo prieinamumo ir kokybės poveikį gyvenimo kokybei.
- Gydyto toleravimo (*angl. Treatment Tolerability*) subskalė, kuria vertinama vaisingumo sutrikimų poveikio apimtys patiriamiems fiziniams ir dvasiniams vaisingumo gydymo simptomams bei jų poveikį kasdieniam gyvenimui.

FertiQoL – tarptautinis laisvai prieinamas su vaisingumu susijusios gyvenimo kokybės vertinimo instrumentas išverstas į daugiau nei 20 kalbų. Kiekvieną subskalę sudaro 6 klausimai, išskyrus gydymo tolerancijos subskalę, kurioje yra 4 klausimai. Kiekvienai klausimų grupei suformuoti 5 pasirinkimo variantai, leidžiantys išreikšti pritarimo ar nepritario lygį kiekvienam klausimui. Suminių rodiklių ir subskalių įverčiai T balais gali svyruoti nuo 0 iki 100. Aukštesni balai siejami su aukštesne gyvenimo kokybe. Įvertinus naudotų subskalių patikimumą šiame tyrime, nustatyta, kad visos subskalės yra tinkamos naudoti, t.y. viršija mažiausią reikalaujamą Kronbacho alfos reikšmę – 0,7 (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006) (žr. X lentelę).

2 lentelė. FertQoL subskalių vidinis patikimumas.

Subskalė	Kronbacho alfa	Teiginių skaičius	Maksimalus įvertis	
			Pirminiais balais	T balais
Emocijų	0,871	6	24	100
Minčių-kūno	0,830	6	24	100
Poros santykių	0,756	6	24	100
Socialinių santykių	0,731	6	24	100
Gydyto aplinkos	0,774	6	24	100
Gydyto tolerancijos	0,755	4	16	100

2.5. Tyrimo eiga ir imtis

2.5.1. Tyrimo dalyvių paieška

Kiekybinėje tyrimo dalyje dalyvauti buvo pakviestos šešios vaisingumo klinikos ir centrai bei jų filialai įvairiuose miestuose, teikiantys tiek valstybės kompensuojamas, tiek nekompensuojamas pagalbinio apvaisinimo paslaugas, kurių sąrašą pateikia Vaisingumo asociacija. Pirmiausia su klinikomis buvo susisiekta elektroniniu paštu jų internetinėse svetainėse nurodytais kontaktais. Vienintelė į pirmąjį kvietimą atsiliepusi įstaiga buvo VUL SK Vaisingumo centras, su kurio atstove buvo susitarta individualiam susitikimui ir diskusijai dėl tyrimo atlikimo galimybių. Nesulaukus daugiau nei vieno atsakymo, elektroniniu paštu buvo išsiųstas antrasis kvietimas, tik šį kartą atskleidžia vaisingumo sutrikimų poveikio socialiniams santykiams apimtis, anksčiau minėtų klinikų ir centrų vadovams, klinikų puslapiuose nurodytu elektroniniu paštu. Taip pat nesulaukus nei vieno atsakymo nuspręsta pamėginti su klinikomis ir centrais susisiekti telefonu, daugiau papasakoti apie planuojamą tyrimą ir pasiūlyti skirti laiko individualiam susitikimui bei detalesniam pokalbiui apie vykdomą tyrimą. Tačiau iš visų klinikų gavus neigiamus atsakymus, teko apsiriboti vienu vaisingumo centru, centro vadovei patikinus, kad per tris mėnesius preliminarai galima apklausti apie 200 pacienčių.

2.5.2. Tyrimo eiga

2018 m. vasario mėn. 2 d. buvo gautas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų generalinio direktoriaus pavaduotojos sutikimas nr. IR-566 (žr. 2 priedą) tyrimo vykdymui bei 2018 m. vasario mėn. 6 d. buvo gautas LSMU Bioetikos centro leidimas nr. BEC-SP(M)-75 (žr. 3 priedą). Viso tyrimo, duomenų analizės ir rezultatų viešinimo metu, tyrėja siekė apsaugoti tyrimo dalyvius nuo galimos žalos ir užtikrinti visapusišką konfidencialios informacijos apsaugą.

Gavus visus leidimus vasario 8 d. buvo pradėta anketinė klinikos pacienčių apklausa. Dėl klinikos vidinių taisyklių ir darbo specifikos, tyrėjos buvo paprašyta atvežti ir palikti anketas bei pažadėta, kad jos bus dalinamos visos klinikos pacientėms. Tačiau po maždaug mėnesio pasiteiravus apie tiriamųjų atsako dažnį, paaiškėjo, kad jis yra labai žemas (5 iš 14). Į tyrimą įsitraukė tik viena centro gydytoja, nes kiti kolegos nebuvo suinteresuoti atliekamu tyrimu ir nenorėjo, kad jų pacientės būtų apklausiamos. Todėl įvertinus situaciją, nuspręsta sukurti elektroninę anketos formą, į kurią budo įtraukti du papildomi klausimai: „ar šiuo metu lankotės pas vaisingumo specialistus?“ ir „kokioje vaisingumo klinikoje šiuo metu lankotės?“. Siekiant kiek įmanoma labiau užtikrinti specifinį atsaką ir anketos platinimą tik specifiskai su nevaisingumu susiduriančioms moterims, nuoroda į anketą savo socialinio tinklo paskyroje paskelbė Santaros klinikų Vaisingumo centras ir Vaisingumo asociacija. Elektroninė apklausa buvo aktyvuota ir paviešinta 2018 m. kovo 8 d. ir

deaktyvuota balandžio 8 d, taigi kiekybinių duomenų rinkimas truko nuo 2018 metų vasario 8 d. iki 2018 balandžio 8 d., tuo tarpu kokybinių duomenų rinkimas šiek tiek užsitęsė, dėl didelio tyrimo dalyvių užimtumo ir sunkumų suderinant laiką. Pirmasis interviu buvo paimtas kovo 14 d., o paskutinis balandžio 27 d.

2.5.3. Informacija apie tyrimo dalyvius

Tyrimė iš viso dalyvauti sutiko 109 respondentės, 19 iš jų anketas užpildė gydymo įstaigoje, kurioje tuo metu lankėsi, o likusios tyrimo dalyvės atsakymus pateikė, pildydamos internetinę apklausą.

3 lentelė. Tiriamųjų socialinės, demografinės ir klinikinės charakteristikos.

Ypatybė	%(N)	M(SD)	Min	Max
Amžius		32,51(±3,81)	24	43
Išsilavinimas				
Pagrindinis	1,8% (2)			
Vidurinis	0,9% (1)			
Profesinis	1,8% (2)			
Aukštesnysis	3,7% (4)			
Aukštasis	89% (97)			
Nebaigtas aukštasis	2,8% (3)			
Šeiminė padėtis				
Ištekėjusi	91,7% (100)			
Gyvena su partneriu	8,3% (9)			
Gyvenamoji vietovė				
Didmiestis	61,5% (67)			
Miestas	25,7% (28)			
Miestelis	8,3% (9)			
Kaimo vietovė	4,6% (5)			
Nevaisingumo trukmė (m.)		5,31 (±3,02)	1	15
Gydymosi trukmė (m.)		2,83 (±2,19)	0	10
Gydytojų skaičius		2,35 (±1,34)	0	9
Pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičius		1,62 (±2,26)	0	10
Dabartinis gydymas				
Yra	75,7% (81)			
Nėra	24,3% (26)			
Vaisingumo klinika				
Privati	43,5% (47)			
Valstybinė	35,2% (38)			
Abi	13% (14)			
Kita	8,3% (9)			
Anketavimo būdas				
Klinikoje	17,4% (19)			
Internetu	82,6% (90)			

Kaip matoma 3 lentelėje, tiriamųjų amžius svyravo nuo 24 iki 43 metų, o vidurkis buvo 32,51 (±3,81) metų. Didžioji dalis tyrimo dalyvių turėjo aukštąjį išsilavinimą (89%), 61,5 % gyveno didmiestyje. Visos tyrimo dalyvės turėjo nuolatinį partnerį, 91,7% buvo ištekėjusios, o 8,3% su juo gyveno. Respondenčių nevaisingumo (mėginimo susilaukti kūdikio) trukmė skyrėsi. Vidutiniškai moterys vaikelio bandė susilaukti 5,31 (±3,02) metų, kai tuo tarpu trumpiausias bandymas buvo

vieneri metai, o ilgiausias bandymas truko 15 metų. Tyrime dalyvavo tiek besigydžiusios ir vis dar aktyviai besigydančios moterys, tiek tos, kurios pagalbos į medikus dar nėra besikreipusios.

Tuo tarpu elektroniniu ir tiesioginiu būdu (klinikoje) užpildžiusių anketas tyrime dalyvavusių tiriamųjų imčių palyginimas pateikiamas 4 lentelėje. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių, vertinat nevaisingumo ir jo gydymosi trukmę, ankstesnių pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičių bei dabartinio gydymosi situaciją. Taip pat rasti skirtumai vertinant gydymuisi pasirinktą vaisingumo kliniką.

4 lentelė. Internetu ir tiesiogiai tyrime dalyvavusių tiriamųjų imčių palyginimas.

Ypatybė	Internetinė apklausa (n=90)				Apklausa klinikoje (n=19)				P
	%(N)	M(SD)	Min	Max	%(N)	M(SD)	Min	Max	
Amžius		32,66 (±3,79)	26	43		31,42 (±3,82)	24	38	0,286
Išsilavinimas									0,395
Pagrindinis	2,2% (2)				0% (0)				
Vidurinis	0,0% (0)				5,3% (1)				
Profesinis	2,2% (2)				0,0% (0)				
Aukštesnysis	3,3% (3)				5,3% (1)				
Aukštasis	88,9% (80)				89,5% (17)				
Nebaigtas aukštasis	3,3% (3)				0,0% (0)				
Šeiminė padėtis									1,00
Ištekėjusi	91,1% (82)				94,7% (18)				
Gyvena su partneriu	8,9% (8)				5,3% (1)				
Gyvenamoji vietovė									0,239
Didmiestis	62,2% (56)				57,9% (11)				
Miestas	22,0% (22)				31,6% (6)				
Miestelis	10,0% (9)				0,0% (0)				
Kaimo vietovė	3,3% (3)				10,5% (2)				
Nevaisingumo trukmė (metais)		5,50 (±2,92)	1	15		4,25 (±3,30)	1	15	0,034
Gydymosi trukmė (metais)		3,10 (±2,24)	0	10		1,46 (±1,39)	0,08	4	0,001
Gydytojų skaičius		2,42 (±1,40)	0	9		2,00 (±0,94)	1	4	0,171
Pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičius		1,70 (±2,16)	0	10		0,95 (±2,09)	0	8	0,047
Dabartinis gydymas									0,006
Yra	70,5% (62)				100,0% (19)				
Nėra	29,5% (26)				0,0% (0)				
Vaisingumo klinika									<0,001
Privati	52,8% (47)				0,0% (0)				
Valstybinė	21,3% (19)				100,0% (0)				
Abi	15,7% (14)				0,0% (0)				
Kita	10,1% (9)				0,0% (0)				

Šiuos skirtumus galėjo lemti keletas veiksnių. Pirma svarbu paminėti, kad tyrime dalyvauti sutikusi vaisingumo klinika gyvuoja gana trumpą laiką, t.y. nuo 2016 metų vasario mėnesio, todėl galimai didžioji dalis šios klinikos pacientų tik tuomet ir pradėjo savo gydymąsi. Taip pat 2017 metų sausį įsigaliojęs Pagalbinio apvaisinimo įstatymas, kuriuo numatyta pagalbinio apvaisinimo kompensavimo tvarka, galėjo paskatinti dar vieną pacientų kreipimosi į kliniką bangą, nes Santaros

klinikų Vaisingumo centras yra vienintelis valstybinis vaisingumo centras, todėl jame taikomos mažiausios priemokos mokamoms vaisingumo specialistų konsultacijoms, tyrimams bei medicininėms procedūroms. Dar vienas veiksnys, galėjęs lemti šiuos skirtumus tarp grupių, galėtų būti nehomogeniškas centro gydytojų įsitraukimas į tyrimą. Bendradarbiauti sutiko tik viena centro specialistė, kurios darbinė patirtis vaisingumo srityje yra XXX metų, todėl didžioji dalis jos pacienčių, atitinkančių tyrimo atrankos kriterijus, kreipiasi pirmą kartą arba yra pirminiuose gydymo etapuose.

Iš 109 tyrimo anketą užpildžiusių moterų, 6 savanoriškai atsiliepė į kvietimą sudalyvauti anoniminiame interviu. Atlikti visi 6 interviu, iš kurių 5 įtraukti į kokybinę duomenų analizę. Vienas interviu buvo atmestas, nes jo atlikimo dieną tyrimo dalyvė sužinojo, kad prieš kurį laiką atlikta pagalbinio apvaisinimo procedūra buvo sėkminga, todėl ji nebeatitiko atrankos kriterijų. Interviu trukmė svyravo nuo 78 min. iki 130 min, kas iš viso sudarė 110-ies puslapių transkriptą. Visos kokybinėje tyrimo dalyje dalyvavusios moterys gyveno santuokoje, bandė susilaukti pirmojo vaikelio ilgiau, nei vienerius metus. Jų amžius svyravo nuo 28 iki 44 metų. Detalesnė informacija apie kokybinės tyrimo dalies dalyves pateikiama 3.4.1.1.–3.4.1.5. skyreliuose, prie kiekvienos iš jų specifinio fenomeno patyrimo aprašymo.

2.6. Duomenų analizės metodai

2.6.1. Kiekybinė duomenų analizės strategija

Tyrimo metu surinkti duomenys buvo aprašomi, vadovaujantis normalumo sąlyga. Kiekybinių dydžių, tenkinančių normalumo sąlygą, reikšmės buvo aprašytos pateikiant vidurkį ir skliausteliuose standartinį nuokrypį. Šios sąlygos netenkinantys ir ranginiai dydžiai buvo aprašyti pateikiant medianą, skliausteliuose tarpkvartilinį intervalą ir vidurkį bei standartinį nuokrypį. Diskretieji dydžiai aprašyti pateikiant reikšmių dažnį ir santykinį dažnį procentais. Skirstinių normalumas tikrintas naudojantis Shapiro-Wilk kriterijumi, kai imtį sudarė iki 50 narių, ir Kolmogorov-Smirnov, kai imtį sudarė daugiau nei 50 narių. Nepriklausomų imčių vidurkių lyginimui buvo naudojamas Mann-Whitney arba Kruskal-Voliss (kai grupių daugiau nei 3) testas imčių skirstiniai nebuvo pasiskirstę pagal normalumo dėsnį ir centrinės ribinės teoremos nebuvo galima taikyti, dviejų imčių įverčiams palyginti naudotas neparametrinis Dviejų tolydžiųjų dydžių ryšio nustatymui, buvo taikytas neparametrinis Spearman koreliacijos koeficientas. Nustatytas reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$. Tyrimo duomenys buvo apdoroti naudojantis IBM SPSS Statistics 25 ir Microsoft Excel 2010 programomis.

2.6.2. Kokybinė duomenų analizės strategija

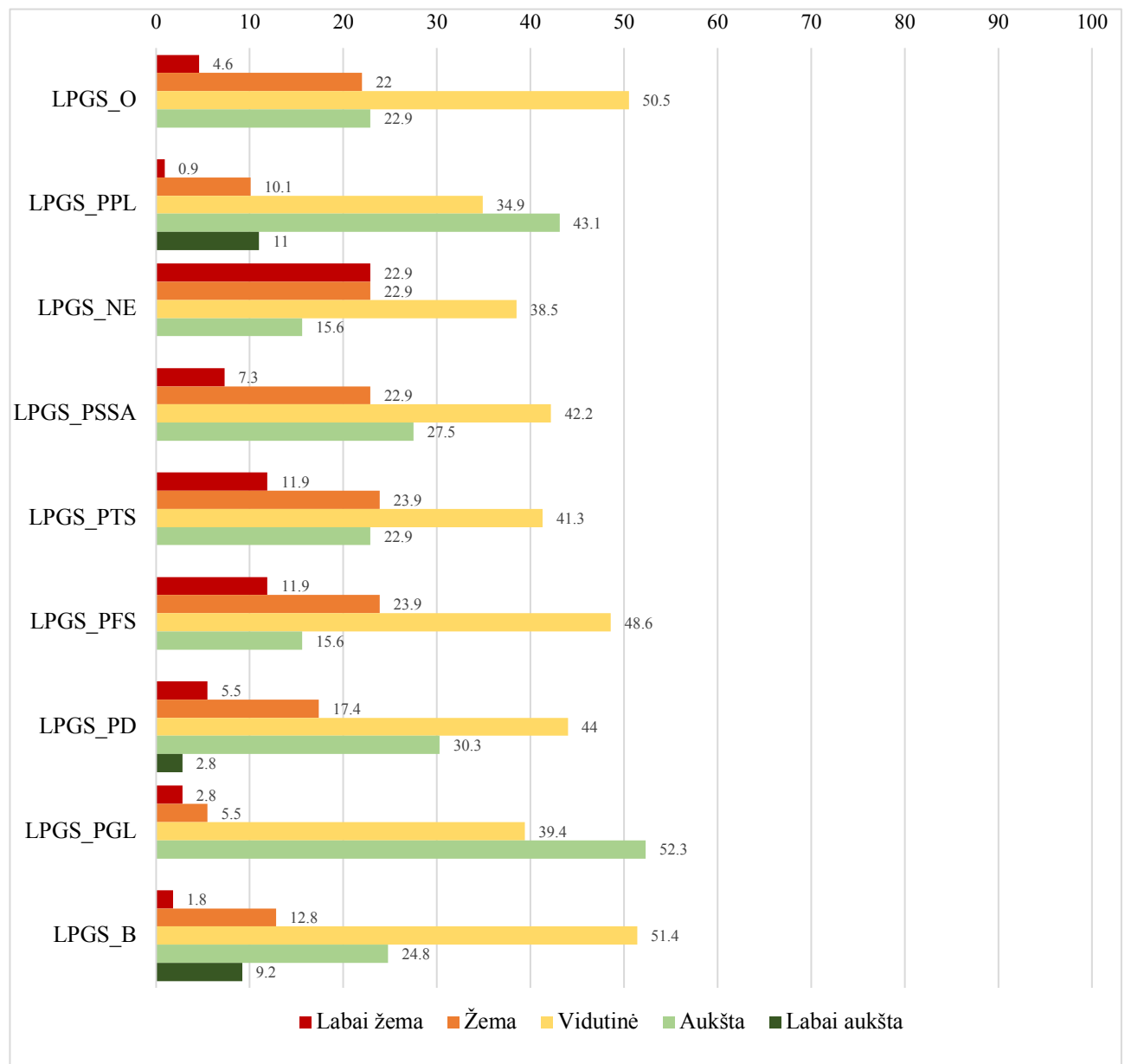
Kokybinei duomenų analizei pasirinktas A. Giorgi fenomenologinė analizė, jos pasirinkimo pagrindimas pateiktas 2.2.1. skyrelyje. Surinkti duomenys buvo transkribuoti į rašytinį tekstą. Vėliau tekstai kelis kartus skaityti, siekiant įsigilinti į jų prasmę. Kai tyrėjas jau „pajuto“ tekstą, jis pradėtas skirstyti į prasminius vienetus, remiantis tiek žodiniu, tiek emociniu turiniu. Vėliau tekstas buvo perverčiamas į III asmens būtajį laiką, siekiant tarsi atitolti nuo individualaus tyrimo dalyvio patyrimo ir galiausiai transformuojamas į psichologinę kalbą, sutrumpinant ne esminį originalų tyrimo dalyvio tekstą bei apibrėžiant numanomas emocijas.

Atlikus transformaciją į psichologinę kalbą buvo siekiama kiekvienam prasminiam vienetui priskirti po esminį branduolį, geriausiai atspindintį patyrimo esmę. Vėliau branduoliai grupuoti, skliausteliuose pateikiant prasminių vienetų numerius, kuriuose jie aptinkami. Sugrupavus visą tekstą į esminius branduolius buvo sudaromi kiekvienos tyrimo dalyvės specifiniai situaciniai patyrimo apibrėžimai ir galiausiai apjungus visų tyrimo dalyvių esminius branduolius ir išrinkus reikšmingiausius, remiantis jų pasireiškimo dažniu buvo sudarytas bendras situacinis fenomeno apibrėžimas.

3. REZULTATAI

3.1. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė: socialiniai, demografiniai ir klinikiniai veiksniai

Įvertinus tyrime dalyvavusių kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę, nustatyta, kad jų psichologinės gerovės įverčiai svyravo nuo 31 iki 69 balų, iš galimų 72 balų, o vidurkis buvo $53,18 \pm 8,1$ balo ($n=109$). Didžioji dalis moterų (51,4%) pasižymėjo vidutine (45–55 balai) psichologine gerove, 24,8% aukšta (56–65 balai) ir 9,2% labai aukšta (> 65 balai), o 12,8% žema (35–44 balai) ir 1,8% labai žema (< 35 balai) PG. Tiriamųjų psichologinės gerovės subskalių įverčių pasiskirstymas pateikiamas 1 paveikslėlyje.

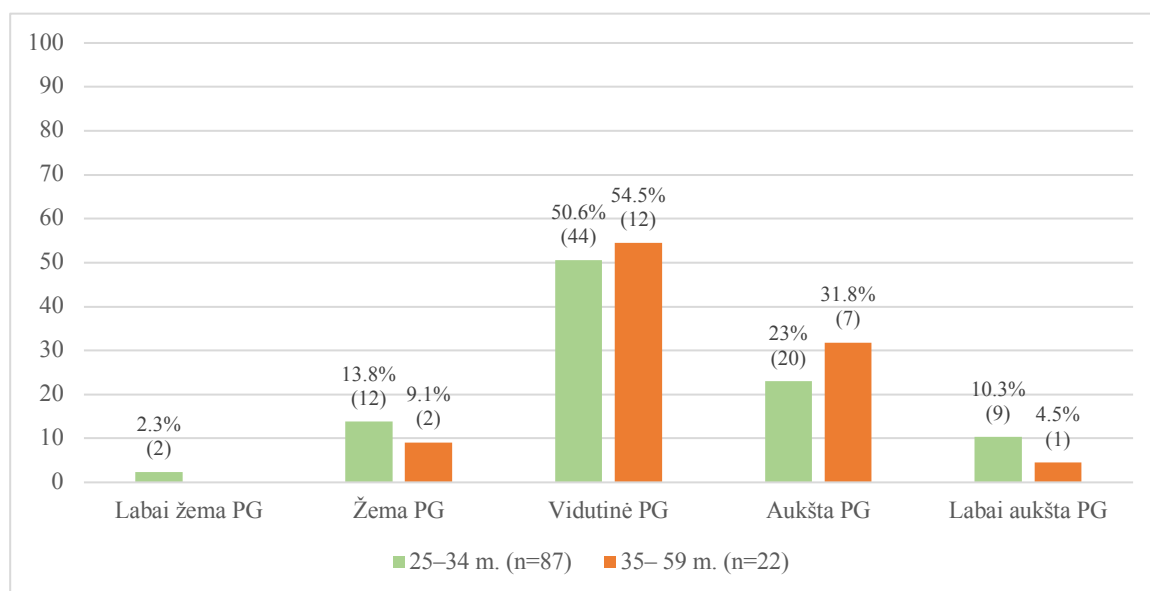


1 pav. Psichologinės gerovės subskalių įverčių pasiskirstymas.

Analizuojant psichologinės gerovės subskalių įverčius nustatyta, kad aukščiausiai vertinamas buvo pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) ($55,93 \pm 9,13$) bei pasitenkinimas pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) ($55,66 \pm 8,10$), kas reiškia, kad tyrimo dalyvės jaučia pasitenkinimą pajamomis ir pragyvenimo lygiu bei jų bendra savijauta, susijusi su buvimu Lietuvos piliečiu yra gera. Tuo tarpu žemiausiai įvertintas neigiamas emocingumas (LPGS_NE) ($44,47 \pm 10,81$) rodo, kad su nevaisingumu susiduriančios moterys dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą. Detalūs tiriamųjų subskalių įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai pateikiami 4 priede.

3.1.1. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal amžių

Vertinant tiriamųjų psichologinę gerovę pagal amžiaus grupes, kurios buvo formuojamos pagal LPGS autorių nuorodas, nustatyta, kad jaunesnio amžiaus moterų psichologinės gerovės įverčių vidurkis sudarė $53,25 (\pm 8,38)$ balo, o vyresnio amžiaus $52,89 (\pm 7,05)$ balo. Didžiosios dalies tyrime dalyvavusių moterų – 50,6% 25–35 metų grupėje ir 54,5% 35–59 metų grupėje – psichologinė gerovė buvo vidutinė. Labai žema psichologine gerove pasižymėjo tik jaunesnio amžiaus moterys, kai tuo tarpu labai aukšta psichologinė gerovė buvo būdinga 10,3% (9) jaunesnių moterų ir 4,5% (1) vyresnio amžiaus grupės moterų. Tiriamųjų psichologinės gerovės kategorijų palyginimas amžiaus grupėse pavaizduotas 2 paveikslėlyje.



2 pav. Psichologinė gerovė tarp skirtingų tiriamųjų amžiaus grupių.

Analizuojant PG pagal amžių, nustatyta, kad bendras psichologinės gerovės įvertis skirtingose amžiaus grupėse, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,768$). Tiesinių ryšių tarp bendros PG ir amžiaus taip pat nenustatyta ($\rho=-0,037$; $p=0,703$). Tačiau analizuojant LPGS subskalių įverčius

vidurkių, grupėse pastebėta tendencija, kad visi vyresnių moterų grupės subskalių vidurkių įverčiai yra aukštesni, išskyrus vieną – jaunesnės moterų pasizymėjo didesniais pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA) subskalės įverčiais. Statistiškai reikšmingi skirtumai amžiaus grupėse nustatyti vertinant pasitenkinimą pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) ($p=0,011$) ir fizine sveikata (LPGS_PFS) ($p=0,038$), kai tuo tarpu vertinant tiesinius ryšius, nustatytas statistiškai reikšmingas, tačiau labai silpnas ryšys tarp amžiaus ir pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS) ($p=0,220$; $p=0,021$). Psichologinės gerovės palyginimas tarp skirtingų amžiaus grupių pateikiamas 5 lentelėje, o tiesiniai ryškiai ir koreliacijų koeficientai pateikiami 11 lentelėje.

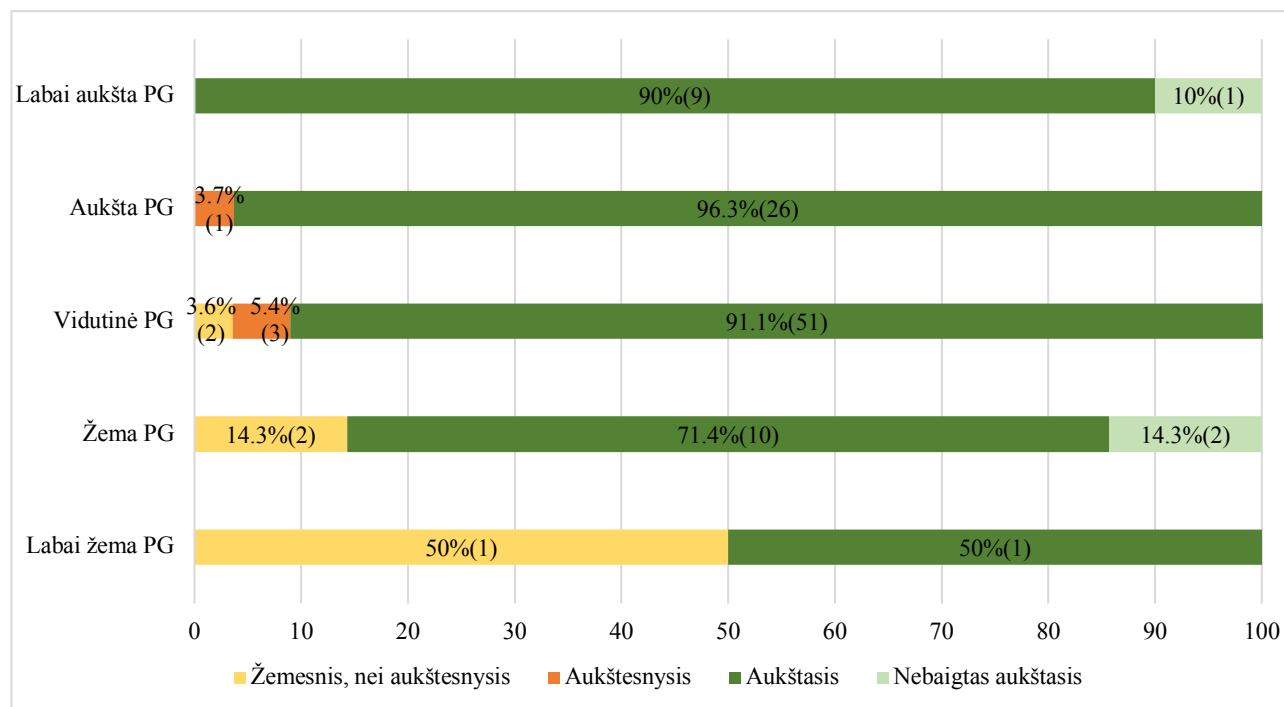
5 lentelė. Psichologinės gerovės subskalių įverčių palyginimas skirtingose amžiaus grupėse.

Subskalė	Amžiaus grupė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	25–34 m.	87	48,21(±8,34)	53,24	0,248
	35–59 m.	22	50,14(±5,96)	61,95	
LPGS_PPL	25–34 m.	87	54,80(±7,75)	51,13	0,011
	35–59 m.	22	59,07(±8,74)	70,32	
LPGS_NE	25–34 m.	87	44,07(±11,19)	53,98	0,501
	35–59 m.	22	46,09(±9,21)	59,05	
LPGS_PSSA	25–34 m.	87	49,08(±8,89)	57,01	0,186
	35–59 m.	22	47,13(±8,80)	47,07	
LPGS_PTS	25–34 m.	87	48,13(±10,33)	53,21	0,240
	35–59 m.	22	50,99(±9,77)	62,07	
LPGS_PFS	25–34 m.	87	45,65(±10,42)	51,85	0,038
	35–59 m.	22	50,67(±7,25)	67,45	
LPGS_PD	25–34 m.	87	50,95(±9,44)	53,93	0,480
	35–59 m.	22	52,56(±8,80)	59,25	
LPGS_PGL	25–34 m.	87	55,69(±9,69)	56,06	0,476
	35–59 m.	22	56,89(±6,55)	50,80	
LPGS_B	25–34 m.	87	53,25(±8,38)	55,45	0,768
	35–59 m.	22	52,89(±7,05)	53,23	

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, reikėtų išsiskirti vyresnio amžiaus moterų pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) vidurkį ($59,07 \pm 8,74$), jaunesnio amžiaus moterų neigiamo emocingumo įverčių (LPGS_NE) vidurkį ($44,07 \pm 11,19$) bei abiejų grupių pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) vidurkių ($53,25 \pm 8,38$ ir $52,89 \pm 7,05$). Tyrimo rezultatai atskleidė, kad diagnostškai reikšmingai vyresnio amžiaus tyrimo dalyvės jaučia pasitenkinimą pajamomis ir pragyvenimo lygiu, jaunesnio amžiaus tiriamosios dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą bei visų respondentų bendra savijauta, susijusi su gyvenimu Lietuvoje, yra gera.

3.1.2. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal išsilavinimą

Vertinant tiriamųjų psichologinę gerovę pagal išsilavinimą nustatyta, kad bendras psichologinės gerovės įvertis skirtingose išsilavinimo grupėse statistiškai reikšmingai skyrėsi ($p=0,034$). Žemesnio, nei aukštesnysis išsilavinimo grupėje respondenčių psichologinės gerovės įverčių vidurkis – $36,49(\pm 8,11)$, aukštesniojo išsilavinimo grupėje – $48,43(\pm 5,93)$, aukštojo – $49,33(\pm 7,34)$, nebaigto aukštojo – $45,28(\pm 14,86)$. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių moterų ($89\%(n=97)$) turėjo aukštąjį išsilavinimą. Šioje išsilavinimo grupėje beveik pusė – $52,6\%(n=51)$ – pasižymėjo vidutine psichologine gerove, beveik ketvirtis – $26,8\%(n=27)$ – aukšta ir $9,3\%(n=9)$ – labai aukšta, o $10,3\%(n=10)$ – žema ir $1\%(n=1)$ – labai žema PG. Tiriamųjų išsilavinimo pasiskirstymas psichologinės gerovės grupėse pavaizduotas 3 paveikslėlyje.



3 pav. Tiriamųjų išsilavinimo pasiskirstymas psichologinės gerovės grupėse.

Lyginant psichologinės gerovės subskalių vidurkius skirtingose išsilavinimo grupėse nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai optimizmo (LPGS_O) ($p=0,021$), pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS) ($p=0,044$) ir pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) ($p=0,011$) subskalėse. Aukščiausiais optimizmo įverčiais pasižymėjo aukštąjį išsilavinimą turinčios moterys ($49,33(\pm 7,34)$), o žemiausiais – žemesnį, nei aukštesnysis ($36,49(\pm 8,11)$). Aukščiausias pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais buvo būdingas aukštesnįjį išsilavinimą turinčioms moterims ($50,83(\pm 5,90)$), o žemiausias – žemesnį, nei aukštesnysis ($37,07(\pm 4,62)$). Didžiausią pasitenkinimą gyvenimu Lietuvoje jautė aukštąjį išsilavinimą turinčios moterys ($57,17(\pm 7,82)$), o

mažiausią – žemesnį, nei aukštesnysis (40,36(±10,75)). Psichologinės gerovės subskalių įverčių vidurkių palyginimas pateikiamas 6 lentelėje.

6 lentelė. Psichologinės gerovės subskalių palyginimas skirtingo išsilavinimo grupėse.

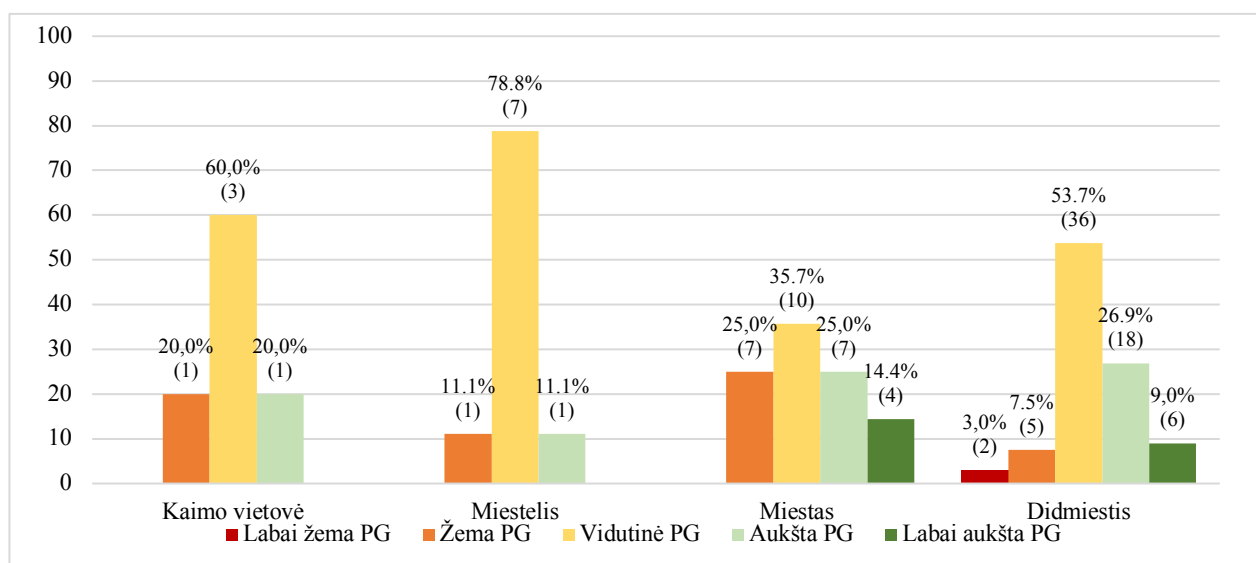
Subskalė	Išsilavinimo grupė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	36,49(±8,11)	14,00	0,021
	Aukštesnysis	4	48,43(±5,93)	52,25	
	Aukštasis	97	49,33(±7,34)	57,65	
	Nebaigtas aukštasis	3	45,28(±14,86)	41,33	
LPGS_PPL	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	47,90(±8,31)	26,20	0,112
	Aukštesnysis	4	57,50(±5,03)	60,50	
	Aukštasis	97	56,19(±7,88)	56,87	
	Nebaigtas aukštasis	3	49,15(±12,46)	35,17	
LPGS_NE	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	34,53(±11,28)	26,80	0,234
	Aukštesnysis	4	44,41(±15,22)	56,88	
	Aukštasis	97	44,90(±10,49)	56,17	
	Nebaigtas aukštasis	3	47,37(±12,67)	61,67	
LPGS_PSSA	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	43,89(±8,74)	36,00	0,567
	Aukštesnysis	4	51,14(±5,45)	60,63	
	Aukštasis	97	48,78(±9,03)	55,63	
	Nebaigtas aukštasis	3	50,38(±7,66)	58,83	
LPGS_PTS	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	37,07(±4,62)	17,50	0,044
	Aukštesnysis	4	50,83(±5,90)	61,50	
	Aukštasis	97	49,35(±10,10)	57,05	
	Nebaigtas aukštasis	3	44,67(±16,80)	42,50	
LPGS_PFS	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	40,89(±13,67)	39,60	0,724
	Aukštesnysis	4	48,42(±7,44)	59,25	
	Aukštasis	97	46,88(±10,00)	55,69	
	Nebaigtas aukštasis	3	46,98(±9,46)	52,83	
LPGS_PD	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	41,52(±13,43)	30,10	0,290
	Aukštesnysis	4	52,95(±7,03)	60,38	
	Aukštasis	97	51,84(±8,76)	56,39	
	Nebaigtas aukštasis	3	46,97(±16,22)	44,50	
LPGS_PGL	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	40,36(±10,75)	15,80	0,011
	Aukštesnysis	4	52,69(±10,46)	40,75	
	Aukštasis	97	57,17(±7,82)	58,22	
	Nebaigtas aukštasis	3	46,18(±17,87)	35,33	
LPGS_B	Žemesnis, nei aukštesnysis	5	42,40(±7,74)	17,00	0,034
	Aukštesnysis	4	52,90(±6,47)	50,25	
	Aukštasis	97	53,88(±7,59)	57,62	
	Nebaigtas aukštasis	3	48,97(±15,90)	40,00	

Tuo tarpu interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, reikėtų išsiskirti ne tik bendrąją psichologinės gerovės (LPGS_B) įvertį žemesnį, nei aukštesnį išsilavinimą turinčių moterų grupėje, kurio vidurkis 42,40(±7,74), bet ir šios grupės moterų optimizmo (LPGS_O), neigiamo emociingumo (LPGS_NE), pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA), pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS), pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS), pasitenkinimo darbu (LPGS_PD) bei pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje subskalių (LPGS_PGL)

vidurkius. Jie visi atspindi žemus balus, kas diagnostškai reiškia, kad žemesnį, nei aukštesnysis išsilavinimas turinčioms ir su nevaisingumu susiduriančioms moterims yra būdinga žema psichologinė gerovė, žemas optimizmo lygis, įsitikinimas, kad veiksmai ir aplinka yra sunkiai kontroliuojami, nepasitenkinimas pačiu savimi, dažnai patiriamos neigiamos emocijos, nusivylimas, jaučiama įtampa, nepasitenkinimas ir / arba nepasitikėjimas šeimos nariais bei kitais artimaisiais, juntamas nepasitenkinimas tarpasmeninių santykių kokybe ar kiekybe, juntamas nepasitenkinimas darbu, profesija, abejojama gebėjimu susidoroti su kasdienėmis pareigomis, lydi priklausomumo nuo kitų jausmas bei prasta savijauta, susijusi su buvimu Lietuvos piliečiu. Svarbu paminėti, kad žemi neigiamo emocingumo (LPGS_NE) subskalės įverčiai taip pat būdingi ir aukštesnįjį bei aukštąjį išsilavinimą turinčioms, su nevaisingumu susiduriančioms moterims. Tačiau kaip labai aukšti išsiskyrė aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turinčių moterų pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) vidurkiai ($57,50(\pm 5,03)$ ir $56,19(\pm 7,88)$), kurie rodo, kad tokį išsilavinimą turinčioms moterims labiau būdingas pasitenkinimas pajamomis ir pragyvenimo lygiu.

3.1.3. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal gyvenamąją vietovę

Vertinant tiriamųjų psichologinę gerovę pagal gyvenamąją vietą statistškai reikšmingų skirtumų neaptikta. Bendros psichologinės gerovės vidurkiai grupėse svyravo nuo $51,19(\pm 5,13)$ iki $53,49(\pm 8,03)$ balo, aukščiausia buvo tarp moterų, gyvenančių didmiestyje, o žemiausia – miestelyje. Didžioji dalis tyrimo dalių visose grupėse pasižymėjo vidutine psichologine gerove, aukšta ir labai aukšta PG pasižymėjo tik mieste ir didmiestyje gyvenančios moterys, o labai žema PG – tik didmiestyje. Psichologinės gerovės pasiskirstymas grupėse pagal gyvenamąją vietovę pateikiama 4 paveikslėlyje.



4 pav. Psichologinė gerovė pagal gyvenamąją vietovę.

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, verta pastebėti, kad diagnostiškai reikšmingai išsiskyrė moterų, gyvenančių didmiestyje neigiamo emociingumo (LPGS_NE) subskalės vidurkis ($44,55(\pm 11,17)$) ir pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) bei gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) subskalių vidurkiai (atitinkamai $56,27(\pm 7,38)$ ir $(56,81(\pm 7,99))$), kas rodo, kad didmiestyje gyvenančios ir su nevaisingumu susiduriančios moterys dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą, tačiau yra patenkintos pajamomis ir pragyvenimo lygiu, o jų savijauta, susijusi su buvimu Lietuvos piliete, yra gera. Vertinant miestelyje gyvenančių ir su nevaisingumu susiduriančių moterų psichologinės gerovės subskalių vidurkių, nustatyta, kad šalia neigiamo emociingumo (LPGS_NE) $39,01(\pm 11,78)$ ir pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) $(55,76(\pm 9,63))$, šioje grupėje išsiskiria ir pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS) subskalės vidurkis ($44,01(\pm 9,20)$), kas reiškia, kad šalia dažnai patiriamų neigiamų emocijų, nusivylimo ir juntamos įtampos bei pasitenkinimo pajamomis ir pragyvenimo lygiu, miestelyje gyvenančios moterys pasižymi ir nepasitenkinimu fizine sveikata, fizinių nusiskundimų turėjimu, dažnu jausmu, kad serga bei žemo darbingumo jausmu. Tuo tarpu lyginant kaimo vietovėje gyvenančių moterų psichologinės gerovės subskales, išsiskyrė tik pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje ($55,28(\pm 8,70)$), kuris rodo, kad su nevaisingumu susiduriančios ir kaimo vietovėje gyvenančių moterų savijauta, susijusi su buvimu Lietuvos piliete, yra gera. Detalus psichologinės gerovės subskalių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei jų palyginimas pagal gyvenamąją vietovę pateikiama 6 lentelėje.

6 lentelė. Psichologinė gerovė pagal gyvenamąją vietovę.

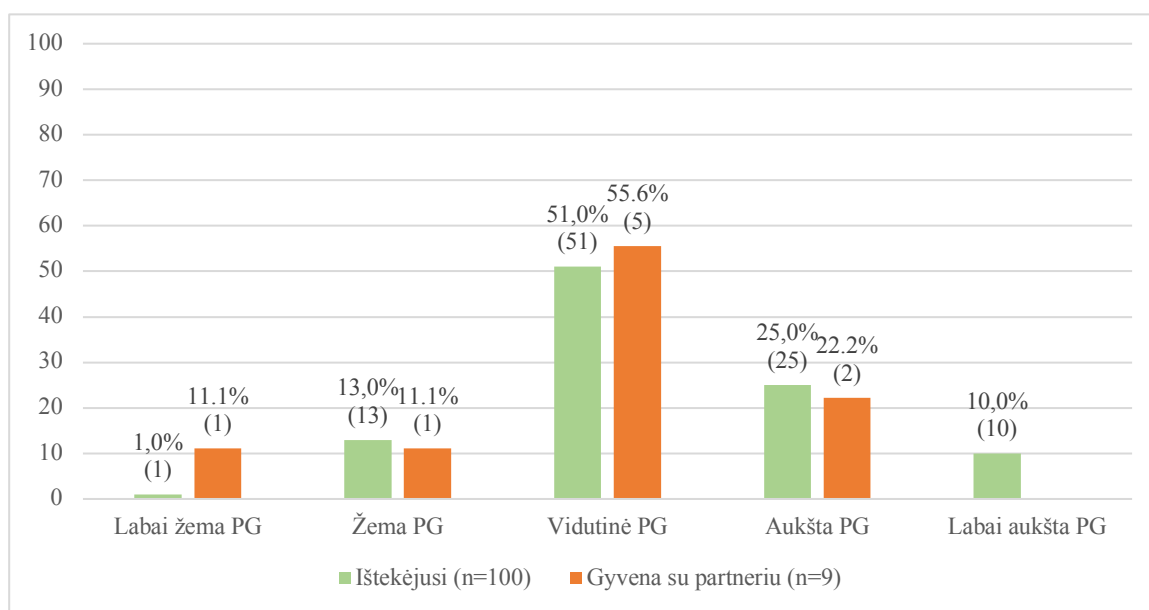
Subskalė	Gyvenamoji vietovė	N	M($\pm$ SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Didmiestis	67	$48,96(\pm 7,88)$	56,28	0,777
	Miestas	28	$46,60(\pm 9,28)$	55,75	
	Miestelis	9	$46,43(\pm 5,82)$	44,89	
	Kaimo vietovė	5	$47,69(\pm 3,40)$	51,80	
LPGS_PPL	Didmiestis	67	$56,27(\pm 7,38)$	56,75	0,700
	Miestas	28	$54,72(\pm 9,62)$	52,38	
	Miestelis	9	$55,76(\pm 9,63)$	57,78	
	Kaimo vietovė	5	$52,58(\pm 6,15)$	41,20	
LPGS_NE	Didmiestis	67	$44,55(\pm 11,17)$	55,25	0,519
	Miestas	28	$45,86(\pm 10,13)$	58,64	
	Miestelis	9	$39,01(\pm 11,78)$	40,61	
	Kaimo vietovė	5	$45,51(\pm 6,71)$	57,10	
LPGS_PSSA	Didmiestis	67	$48,52(\pm 9,09)$	54,34	0,990
	Miestas	28	$48,75(\pm 9,33)$	56,09	
	Miestelis	9	$49,28(\pm 7,14)$	54,78	
	Kaimo vietovė	5	$49,58(\pm 8,28)$	58,10	

6 lentelės tęsinys. Psichologinė gerovė pagal gyvenamąją vietovę.

Subskalė	Gyvenamoji vietovė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_PTS	Didmiestis	67	49,43(±9,54)	57,17	0,801
	Miestas	28	48,23(±11,73)	52,80	
	Miestelis	9	45,13(±12,89)	47,72	
	Kaimo vietovė	5	48,21(±5,21)	51,30	
LPGS_PFS	Didmiestis	67	46,71(±10,18)	56,10	0,769
	Miestas	28	47,34(±10,90)	56,07	
	Miestelis	9	44,01(±9,20)	44,44	
	Kaimo vietovė	5	46,97(±4,20)	53,30	
LPGS_PD	Didmiestis	67	51,16(±9,57)	54,81	0,711
	Miestas	28	52,17(±9,32)	58,05	
	Miestelis	9	51,99(±6,70)	55,17	
	Kaimo vietovė	5	46,51(±10,64)	40,10	
LPGS_PGL	Didmiestis	67	56,81(±7,99)	56,69	0,839
	Miestas	28	54,32(±11,61)	54,21	
	Miestelis	9	54,75(±9,36)	48,22	
	Kaimo vietovė	5	55,28(±8,70)	48,90	
LPGS_B	Didmiestis	67	53,49(±8,03)	55,97	0,778
	Miestas	28	53,25(±9,55)	56,25	
	Miestelis	9	51,19(±5,13)	44,56	
	Kaimo vietovė	5	52,23(±5,10)	53,80	

3.1.4. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal šeiminių padėčių

Vertinant tiriamųjų psichologinę gerovę pagal šeiminių padėčių statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,183$). Tyrime dalyvavo tik ištekęsios arba su partneriu ne santuokoje gyvenančios moterys. Jų psichologinės gerovės įverčių grupėse pasiskirstymas pateikiamas 5 paveikslėlyje.



5 pav. Psichologinė gerovė tarp skirtingų šeiminių padėties grupių.

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, išryškėjo, kad tiek ištekęsios, tiek ne santuokoje su partneriu gyvenančios tyrimo dalyvės pasižymi aukštu pasitenkinimu pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL) bei gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) bei žemais neigiamo emociingumo (LPGS_NE) subskalės įverčiais, kas rodo, kad nepaisant pasitenkinimo pajamomis, pragyvenimo lygiu bei buvimu Lietuvos piliete, moterys nepriklausomai nuo šeiminės padėties dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą. Moterys, gyvenančios su partneriu ne santuokoje išsiskyrė žemu optimizmu (LPGS_O) (44,66(±7,49)) ir pasitenkinimu santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA) (44,25(±8,10)), kas reiškia, kad ne santuokoje gyvenančios moterys pasižymi žemu optimizmo lygiu, įsitikinimu, kad veiksmai ir aplinka sunkiai kontroliuojami, nepasitenkinimu ir (arba) nepasitikėjimu savimi bei savo šeimos nariais ir (arba) kitais giminaičiais. Detalūs psichologinės gerovės subkalių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei jų palyginimas skirtingo šeiminio statuso grupėse pateikiamas 7 lentelėje.

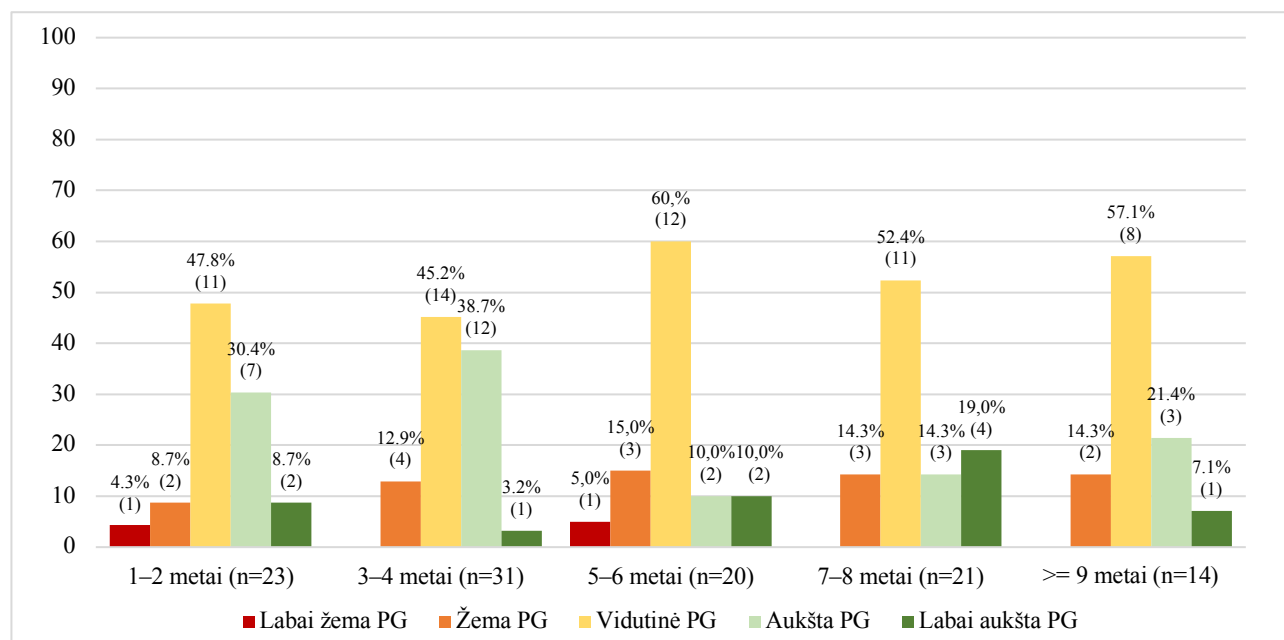
7 lentelė. Psichologinės gerovės skirtingo šeiminio statuso grupėse.

Subskalė	Amžiaus grupė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Ištekęjusi	100	48,86(±7,95)	56,01	0,266
	Gyvena su partneriu	9	44,66(±7,49)	4378	
LPGS_PPL	Ištekęjusi	100	55,69(±8,17)	55,15	0,873
	Gyvena su partneriu	9	55,30(±7,67)	53,39	
LPGS_NE	Ištekęjusi	100	44,92(±10,82)	56,28	0,158
	Gyvena su partneriu	9	39,47(±9,96)	40,78	
LPGS_PSSA	Ištekęjusi	100	49,09(±8,86)	56,67	0,066
	Gyvena su partneriu	9	44,25(±8,10)	36,50	
LPGS_PTS	Ištekęjusi	100	48,92(±10,22)	55,64	0,484
	Gyvena su partneriu	9	46,40(±10,80)	47,94	
LPGS_PFS	Ištekęjusi	100	46,81(±9,79)	55,25	0,783
	Gyvena su partneriu	9	45,07(±13,02)	52,22	
LPGS_PD	Ištekęjusi	100	51,59(±9,36)	56,37	0,131
	Gyvena su partneriu	9	47,77(±8,27)	39,78	
LPGS_PGL	Ištekęjusi	100	56,00(±9,06)	55,12	0,893
	Gyvena su partneriu	9	55,17(±10,43)	53,67	
LPGS_B	Ištekęjusi	100	53,58(±7,89)	56,21	0,183
	Gyvena su partneriu	9	48,76(±9,52)	41,56	

3.1.5. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal nevaisingumo trukmę

Vertinant tiriamųjų psichologinę gerovę pagal nevaisingumo trukmę statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta. Bendros PG vidurkiai grupėse svyravo nuo 51,77(±8,62) iki 54,62(±7,72) balo, aukščiausia PG buvo tarp moterų, bandančių susilaukti vaikelio 7–8 metus, o žemiausia – 5–6 metus. Didžioji dalis tyrimo dalių visose grupėse pasižymėjo vidutine psichologine gerove, labai žemų PG

įverčių buvo tik tarp 1–2 metus ir 5–6 metus kūdikio laukiančių moterų. Psichologinės gerovės pasiskirstymas grupėse pagal nevaisingumo trukmę pateikiama 6 paveikslėlyje.



6 pav. Psichologinė gerovė pagal nevaisingumo trukmę.

Analizuojant PG pagal nevaisingumo trukmę, nustatyta, kad bendras psichologinės gerovės įverčių vidurkis skirtingose amžiaus grupėse, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,805$). Tiesinių ryšių tarp bendros PG ir nevaisingumo trukmės taip pat nenustatyta ($\rho=-0,022$; $p=0,819$). LPGS susbskalių įverčių vidurkiai, grupėse taip pat statistiškai reikšmingai nesiskyrė ir tiesiniai ryšiai neišryškėjo. Psichologinės gerovės palyginimas pagal nevaisingumo trukmę pateikiamas X lentelėje, o tiesiniai ryškiai koreliacijų matricoje X priede.

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, diagnostiškai reikšmingai išsiskyrė pasitenkinimo pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL), neigiamo emocingumo (LPGS_NE), pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA) ir pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS) subskalių vidurkiai kai kuriose nevaisingumo trukmės grupėse (žr. 8 lentelė). Nustatyta, kad 1–2 metus, 5–6 metus ir daugiau nei 9 metus kūdikio susilaukti negalinčių moterų grupėse neigiamo emocingumo (LPGS_NE) subskalės įverčių vidurkiai buvo diagnostiškai reikšmingai žemi (atitinkamai $41,50(\pm 12,45)$, $42,33(\pm 10,40)$ ir $43,00(\pm 9,59)$), kas reiškia, kad šių grupių moterys reikšmingai dažnai jaučia neigiamas emocijas, nusivylimą ir įtampą, nepaisant to, kad yra patenkintos pajamomis ir pragyvenimo lygiu – LPGS_PPL subskalės vidurkiai atitinkamai $56,19(\pm 8,31)$, $(\pm 9,20)$ ir $59,05(\pm 7,05)$ balo. 5–6 metus kūdikio susilaukti negalinčių moterų grupė išsiskyrė žemu pasitenkinimo fizine sveikata (LPGS_PFS) subskalės vidurkiu ($44,38 \pm 11,26$), kad rodo, kad šios grupės moterys jaučia nepasitenkinimą fizine sveikata, turi nusiskundimų, dažnai jaučiasi sergančios

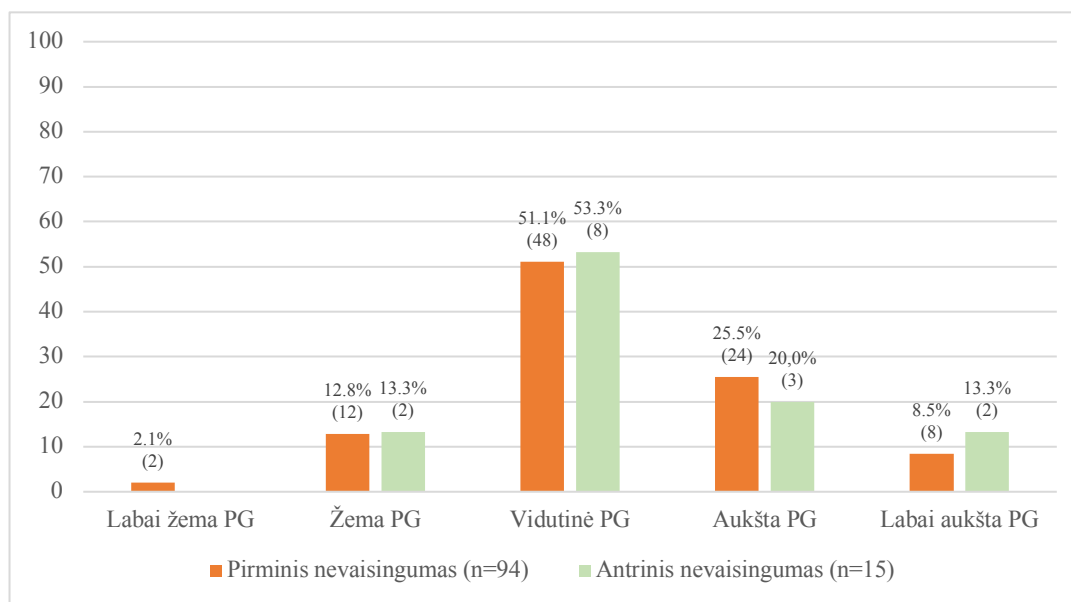
ir žemo darbingumo. Tuo tarpu ilgiausiai kūdikio susilaukti negalinčių (≥ 9 metai) moterų grupė pasižymėjo žemais pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA) subskalės balais – vidurkis 44,87($\pm 12,38$), kas rodo, kad šios moterys jaučia nepasitenkinimą ir (arba) nepasitikėjimą savo šeimos nariais ir (arba) kitais artimaisiais.

8 lentelė. *Psichologinė gerovė pagal nevaisingumo trukmę.*

Subskalė	Nevaisingumo trukmė	N	M($\pm$ SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	1–2 metai	23	48,78($\pm 8,46$)	55,04	0,845
	3–4 metai	31	48,31($\pm 7,46$)	55,06	
	5–6 metai	20	47,21($\pm 8,64$)	48,80	
	7–8 metai	21	50,16($\pm 7,56$)	60,43	
	≥ 9 metai	14	48,60($\pm 8,29$)	55,50	
LPGS_PPL	1–2 metai	23	56,19($\pm 8,31$)	57,76	0,376
	3–4 metai	31	54,77($\pm 7,18$)	50,13	
	5–6 metai	20	55,94($\pm 9,20$)	57,90	
	7–8 metai	21	53,87($\pm 8,67$)	48,14	
	≥ 9 metai	14	59,05($\pm 7,05$)	67,39	
LPGS_NE	1–2 metai	23	41,50($\pm 12,45$)	47,13	0,239
	3–4 metai	31	46,35($\pm 10,43$)	60,50	
	5–6 metai	20	42,33($\pm 10,40$)	48,48	
	7–8 metai	21	47,99($\pm 10,02$)	64,74	
	≥ 9 metai	14	43,00($\pm 9,59$)	50,46	
LPGS_PSSA	1–2 metai	23	51,02($\pm 5,78$)	60,57	0,694
	3–4 metai	31	48,94($\pm 9,11$)	55,18	
	5–6 metai	20	47,06($\pm 9,48$)	50,10	
	7–8 metai	21	49,87($\pm 7,61$)	58,31	
	≥ 9 metai	14	44,87($\pm 12,38$)	47,50	
LPGS_PTS	1–2 metai	23	48,52($\pm 11,94$)	55,02	0,938
	3–4 metai	31	47,80($\pm 8,68$)	51,32	
	5–6 metai	20	49,76($\pm 9,41$)	57,88	
	7–8 metai	21	49,31($\pm 11,44$)	58,17	
	≥ 9 metai	14	48,65($\pm 10,97$)	54,25	
LPGS_PFS	1–2 metai	23	45,67($\pm 10,39$)	51,54	0,560
	3–4 metai	31	46,12($\pm 10,98$)	54,81	
	5–6 metai	20	44,38($\pm 11,26$)	47,58	
	7–8 metai	21	49,52($\pm 7,37$)	62,55	
	≥ 9 metai	14	48,48($\pm 8,92$)	60,39	
LPGS_PD	1–2 metai	23	51,05($\pm 9,15$)	53,74	0,446
	3–4 metai	31	50,55($\pm 8,44$)	52,37	
	5–6 metai	20	48,84($\pm 9,74$)	47,03	
	7–8 metai	21	53,02($\pm 10,02$)	61,36	
	≥ 9 metai	14	54,11($\pm 9,75$)	64,75	
LPGS_PGL	1–2 metai	23	57,53($\pm 9,10$)	62,04	0,610
	3–4 metai	31	55,96($\pm 8,26$)	53,44	
	5–6 metai	20	54,36($\pm 9,47$)	49,55	
	7–8 metai	21	56,93($\pm 8,55$)	58,71	
	≥ 9 metai	14	53,98($\pm 11,70$)	49,11	
LPGS_B	1–2 metai	23	53,61($\pm 8,78$)	57,00	0,805
	3–4 metai	31	53,15($\pm 7,53$)	56,19	
	5–6 metai	20	51,77($\pm 8,62$)	48,40	
	7–8 metai	21	54,62($\pm 7,72$)	59,62	
	≥ 9 metai	14	52,41($\pm 8,70$)	51,57	

3.1.6. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal nevaisingumo tipą

Vertinant bendrą tiriamųjų psichologinę gerovę pagal nevaisingumo tipą (pirminis ar antrinis) statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,598$). Tiesinio ryšio tarp psichologinės gerovės ir gimdymų skaičiaus taip pat nenustatyta ($\rho=0,43$; $p=0,654$). Pirminio nevaisingumo (kai bandoma susilaukti pirmojo vaikelio) grupės moterų psichologinės gerovės įverčių vidurkis sudarė $52,99(\pm 8,09)$ balo, o antrinio (kai bandoma susilaukti antro ir daugiau vaikų) – $54,34(\pm 8,33)$ balo. Didžiosios dalies tyrime dalyvavusių moterų – 51,1% pirminio nevaisingumo grupėje ir 53,3% antrinio nevaisingumo grupėje – psichologinė gerovė buvo vidutinė. Labai žema psichologine gerove pasižymėjo tik pirmojo vaikelio bandančios susilaukti moterys. Tiriamųjų psichologinės gerovės kategorijų palyginimas nevaisingumo tipo grupėse pavaizduotas 7 pav.



7 pav. Psichologinė gerovė tarp skirtingų tipų nevaisingumo.

Analizuojant psichologinės gerovės subskalių įverčių tiesinius ryšius su ankstesnių gimdymų skaičiumi statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta, o detalūs psichologinės gerovės ir socialinių, demografinių bei klinikinių veiksniai palyginimai pateikiami 11 lentelėje. Tuo tarpu lyginant psichologinės gerovės subskalių įverčius nevaisingumo tipo grupėse stebima tendencija, kad ne pirmo vaikelio susilaukti bandančių moterų psichologinės gerovės subskalių įverčiai yra aukštesni, nei pirmojo vaikelio laukiančių moterų, išskyrus pasitenkinimą gyvenimu Lietuvoje, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių neišryškėjo. Detalūs psichologinės gerovės subskalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei jų palyginimas tarp nevaisingumo tipų pateikiami 9 lentelėje.

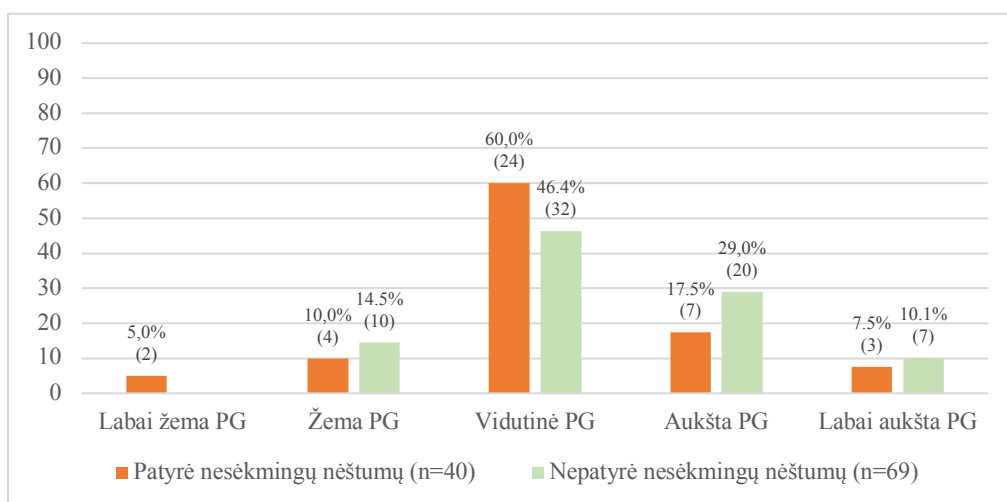
Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, išryškėjo, kad tiek su pirminiu, tiek su antriniu nevaisingumu susiduriančios moterys pasižymi aukštu pasitenkinimu pragyvenimo lygiu (LPGS_PPL). Pirmojo vaikelio susilaukti bandančios moterys išsiskyrė žemu neigiamus emocijų lygiu (LPGS_NE) ($44,06 \pm 11,18$) ir aukštu pasitenkinimu gyvenimu Lietuvoje ($56,27 \pm 8,84$).

9 lentelė. *Psichologinė gerovė skirtingose nevaisingumo tipo grupėse.*

Subskalė	Nevaisingumo tipas	N	M($\pm$ SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Pirminis	94	48,34($\pm 8,02$)	60,07	0,504
	Antrinis	15	50,22($\pm 7,43$)	54,19	
LPGS_PPL	Pirminis	94	55,33($\pm 8,10$)	64,27	0,221
	Antrinis	15	57,76($\pm 8,09$)	53,52	
LPGS_NE	Pirminis	94	44,06($\pm 11,18$)	61,43	0,396
	Antrinis	15	47,08($\pm 7,89$)	53,97	
LPGS_PSSA	Pirminis	94	48,32($\pm 9,22$)	60,70	0,451
	Antrinis	15	50,98($\pm 5,97$)	54,09	
LPGS_PTS	Pirminis	94	48,65($\pm 10,44$)	53,90	0,884
	Antrinis	15	49,06($\pm 9,19$)	55,18	
LPGS_PFS	Pirminis	94	46,14($\pm 10,22$)	61,87	0,365
	Antrinis	15	49,95($\pm 8,35$)	53,90	
LPGS_PD	Pirminis	94	51,21($\pm 9,09$)	58,43	0,650
	Antrinis	15	51,70($\pm 10,86$)	54,45	
LPGS_PGL	Pirminis	94	56,27($\pm 8,84$)	49,47	0,456
	Antrinis	15	53,82($\pm 10,83$)	55,88	
LPGS_B	Pirminis	94	52,99($\pm 8,09$)	59,00	0,598
	Antrinis	15	54,34($\pm 8,33$)	54,36	

3.1.7. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal nesėkmingų nėštumų skaičių

Vertinant bendrą tiriamųjų psichologinę gerovę pagal nesėkmingus nėštumus, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,305$). Tiesinio ryšio tarp psichologinės gerovės ir nesėkmingų nėštumų skaičiaus taip pat nenustatyta ($\rho=-0,099$; $p=0,304$) (žr. 11 lentelę). Nesėkmingų nėštumų patyrusių moterų grupėje psichologinės gerovės įverčiai svyravo nuo 36 iki 69 balų ir vidurkis sudarė $51,89(\pm 8,37)$ balo, o nesėkmingų nėštumų nepatyrusių moterų grupėje – nuo 31 iki 68 balų ir vidurkis $54,92(\pm 7,90)$ balo. Didžiosios dalies tyrime dalyvavusių moterų – 60,0% patyrusių nesėkmingų nėštumų ir 46,4% nesėkmingų nėštumų nepatyrusių moterų – psichologinė gerovė buvo vidutinė. Labai žemos psichologinės gerovės įverčių nustatyta tik nesėkmingų nėštumų turėjusių moterų grupėje. Tiriamųjų psichologinės gerovės kategorijų palyginimas tarp patyrusių ir nepatyrusių nesėkmingų nėštumų pavaizduotas 8 paveikslėlyje.



8 pav. Psichologinė gerovė tarp patyrusių ir nepatyrusių nesėkmingų nėštumų moterų.

Analizuojant psichologinės gerovės subskalių įverčių tiesinius ryšius su nesėkmingų nėštumų skaičiumi statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta, o detalūs palyginimai pateikiami 11 lentelėje. Tuo tarpu lyginant psichologinės gerovės subskalių įverčius nesėkmingų nėštumų patyrimo grupėse stebima tendencija, kad nesėkmingų nėštumų nepatyrusių moterų psichologinės gerovės subskalių įverčiai yra šiek tiek aukštesni, išskyrus neigiamo emocingumo (LPGS_NE) subskalę, kurios aukštesni įverčiai rodo dažnesnę neigiamų emocijų, nusivylimo ir įtampos patyrimą, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių neišryškėjo. Detalūs psichologinės gerovės subskalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei jų palyginimas pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Psichologinė gerovė nesėkmingų nėštumų grupėse.

Subskalė	Nesėkmingi nėštumai	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Taip	40	47,63(±7,99)	52,05	0,458
	Ne	69	49,16(±7,90)	56,71	
LPGS_PPL	Taip	40	54,80(±9,02)	53,09	0,630
	Ne	69	56,16(±7,54)	56,11	
LPGS_NE	Taip	40	44,69(±9,15)	55,38	0,925
	Ne	69	44,35(±11,73)	54,78	
LPGS_PSSA	Taip	40	47,36(±10,02)	51,38	0,360
	Ne	69	49,46(±8,11)	57,10	
LPGS_PTS	Taip	40	48,60(±9,96)	54,28	0,855
	Ne	69	48,77(±10,47)	55,42	
LPGS_PFS	Taip	40	46,99(±10,02)	55,28	0,945
	Ne	69	46,48(±10,11)	54,84	
LPGS_PD	Taip	40	50,14(±9,79)	52,20	0,481
	Ne	69	51,93(±9,01)	56,62	
LPGS_PGL	Taip	40	54,79(±8,88)	49,09	0,129
	Ne	69	56,60(±9,27)	58,43	
LPGS_B	Taip	40	51,89(±8,37)	50,93	0,305
	Ne	69	53,92(±7,90)	57,36	

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGA autorių instrukcijomis, išryškėjo, kad tiek patyrusios, tiek nepatyrusios nesėkmingų nėštumų moterys pasižymi žemais neigiamo emocingumo subskalės balų vidurkiais (atitinkamai 44,69(±9,15) ir 44,35(±11,73)), kas rodo, kad abiejų grupių moterys dažnai išgyvena neigiamas emocijas, nusivylimą ir įtampą. Nesėkmingų nėštumų nepatyrusios moterys pasižymėjo aukštais pasitenkinimo pragyvenimo lygiu ir gyvenimu Lietuvoje subskalių įverčiais (atitinkamai 56,16(±7,54 ir 56,60(±9,27))

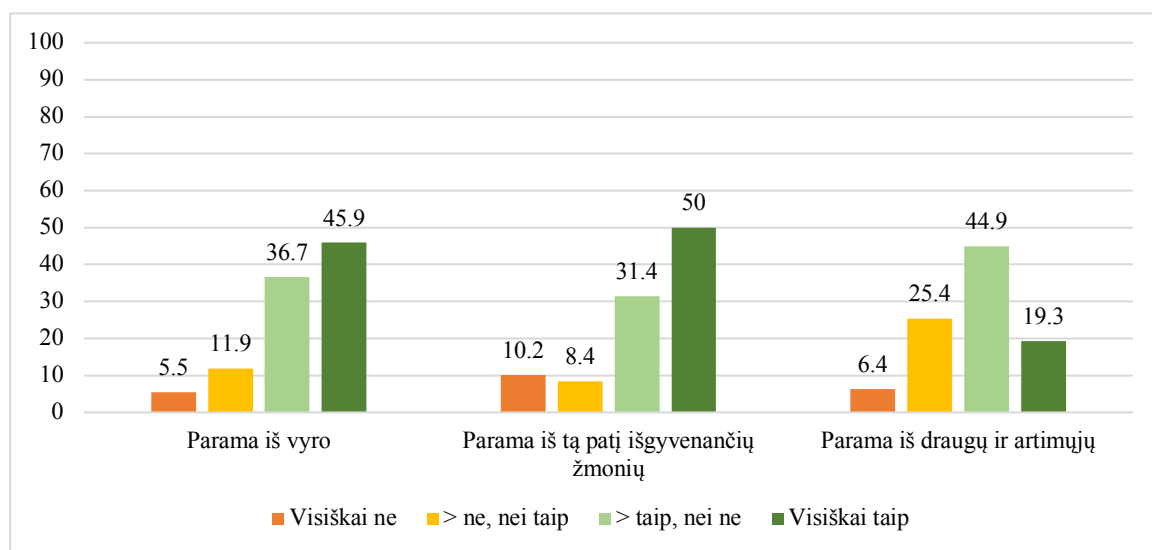
11 lentelė. *Psichologinės gerovės sąsajos su demografiniais ir klinikiniais veiksniais.*

		Amžius	Nevaisingumo trukmė	Gimdymų skaičius	Nesėkmingų nėštumų skaičius
LPGA_O	Koreliacijos k. (p)	0,080	0,037	0,057	-0,069
	Patikimumas (p)	0,409	0,705	0,558	0,478
	N	109	109	109	109
LPGA_PPL	Koreliacijos k. (p)	0,165	0,054	0,107	-0,029
	Patikimumas (p)	0,086	0,577	0,268	0,767
	N	109	109	109	109
LPGA_NE	Koreliacijos k. (p)	0,135	0,089	0,079	0,015
	Patikimumas (p)	0,161	0,356	0,414	0,877
	N	109	109	109	109
LPGA_PSSA	Koreliacijos k. (p)	-0,123	-0,097	0,070	-0,093
	Patikimumas (p)	0,202	0,315	0,473	0,334
	N	109	109	109	109
LPGA_PTS	Koreliacijos k. (p)	0,044	0,051	-0,018	0,013
	Patikimumas (p)	0,650	0,600	0,849	0,895
	N	109	109	109	109
LPGA_PFS	Koreliacijos k. (p)	0,220	0,090	0,083	0,028
	Patikimumas (p)	0,021	0,350	0,392	0,775
	N	109	109	109	109
LPGA_PD	Koreliacijos k. (p)	0,001	0,128	0,037	-0,079
	Patikimumas (p)	0,993	0,186	0,703	0,415
	N	109	109	109	109
LPGA_PGL	Koreliacijos k. (p)	-0,079	-0,078	-0,079	-0,164
	Patikimumas (p)	0,416	0,421	0,412	0,088
	N	109	109	109	109
LPGA_B	Koreliacijos k. (p)	-0,037	-0,022	0,043	-0,099
	Patikimumas (p)	0,703	0,819	0,654	0,304
	N	109	109	109	109

3.1.8. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė ir socialiniai ryšiai

Vertinant kūdikio susilaukti negalinčių moterų subjektyviai suvokiamą socialinę paramą, nustatyta, kad didžiausią supratimą ir palaikymą moterys jaučia iš vyro (3,83±1,484 balo, vertinant

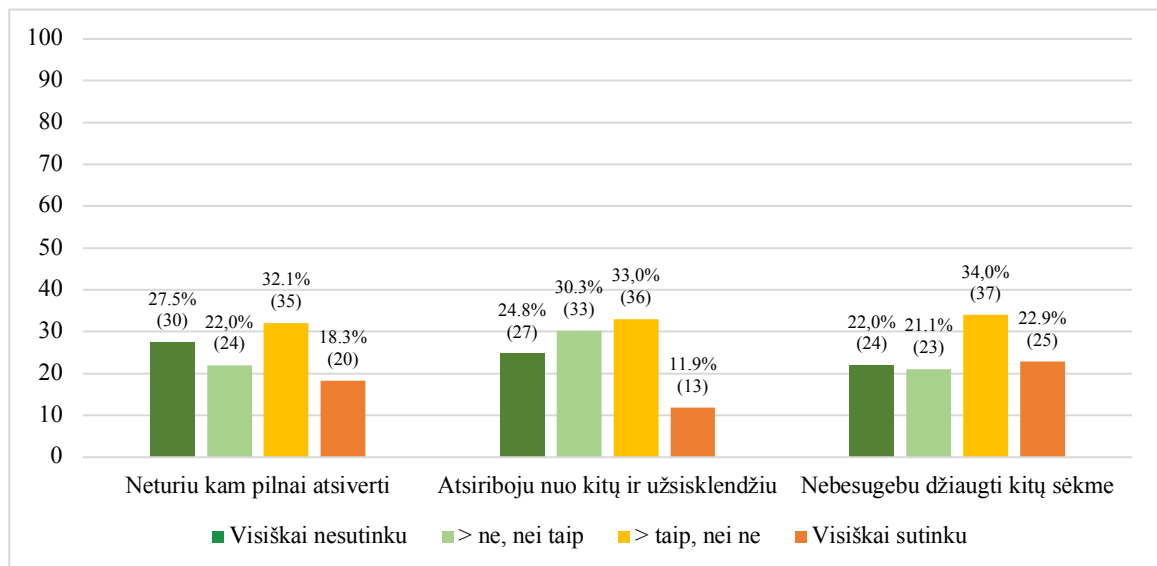
nuo 0 iki 5) ir tą patį išgyvenančių žmonių ($3,81 \pm 1,636$ balo), o mažiausią iš draugų ir artimųjų ($2,97 \pm 1,524$ balo). Subjektyviai suvokiamos socialinės paramos išreikštumas vaizduojamas 9 paveikslėlyje.



9 pav. Subjektyviai suvokiamos socialinės paramos išreikštumas.

Analizuojant tiesinius ryšius nustatyta labai silpna, tačiau statistiškai reikšminga neigiama koreliacija tarp bendros psichologinės gerovės ir juntamo supratimo bei palaikymo iš tą patį išgyvenančių žmonių ($\rho = -0,261$; $p = 0,006$). Labai silpni neigiami statistiškai reikšmingi ryšiai taip pat nustatyti tarp palaikymo iš tą patį išgyvenančių žmonių ir optimizmo ($\rho = -0,238$; $p = 0,013$) bei neigiamo emocingumo ($\rho = -0,239$; $p = 0,013$). Tuo tarpu silpni statistiškai reikšmingi ryšiai nustatyti tarp juntamo palaikymo iš draugų ir artimųjų bei pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais ($\rho = 0,451$; $p < 0,001$) bei palaikymo iš vyro ir pasitenkinimo santykiais su artimaisiais ($\rho = 0,394$; $p < 0,001$). Detalūs subjektyviai suvokiamos socialinės paramos ryšiai su PG ir jos subskalėmis pateikiami 12 lentelėje.

Tuo tarpu analizuojant kūdikio susilaukti negalinčių moterų socialinių santykių ypatumus, pastebėta, kad beveik pusė moterų, susiduriančių su nevaisingumu dažnai neturi kam pilnai atsiverti ir yra linkusios atsiriboti nuo kitų bei užsisklęsti. Daugiau nei pusė moterų pripažįsta, kad dažnai nebesugeba džiaugtis kitų šeimų sėkme pastojus ar susilaukus kūdikio. Santykių su kitais ypatumai pateikiami 10 paveikslėlyje.



10 pav. Santykių su kitais ypatumai, susidūrus su nevaisingumu.

Vertinant psichologinės gerovės sąsajas su santykiais su aplinkiniais, nustatyti statistiškai patikimi silpni neigiami ryšiai tarp bendros psichologinės gerovės ir neturėjimo kam atsiverti ($\rho = -0,376$; $p < 0,001$), atsiribojimo nuo kitų ($\rho = -0,401$; $p < 0,001$) bei nebegebėjimo džiaugtis kitų sėkme pastojus ar susilaukus kūdikio ($\rho = -0,417$; $p < 0,001$). Neturėjimas asmens, kuriam galėtų pilnai atsiverti silpnai, tačiau statistiškai reikšmingai neigiamai susijęs su optimizmu ($\rho = -0,374$; $p < 0,001$), neigiamu emociingumu ($\rho = -0,433$; $p < 0,001$), pasitenkinimu santykiais su artimaisiais ($\rho = -0,231$; $p = 0,016$), pasitenkinimu fizine sveikata ($\rho = -0,326$; $p = 0,001$) bei statiškai patikimai vidutiniškai stipriai neigiamai susijęs su pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais ($\rho = -0,518$; $p < 0,001$). Atsiribojimas nuo kitų ir užsisklendimas savyje statistiškai reikšmingai, tačiau labai silpnai neigiamai siejasi su pasitenkinimu santykiais su artimaisiais ($\rho = -0,244$; $p = 0,010$) bei pasitenkinimu darbu ($\rho = -0,246$; $p = 0,010$), statistiškai reikšmingai silpnai neigiamai su optimizmu ($\rho = -0,418$; $p < 0,001$), pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais ($\rho = -0,400$; $p < 0,001$), pasitenkinimu fizine sveikata ($\rho = -0,371$; $p < 0,001$) ir statistiškai reikšmingai vidutiniškai neigiamai su neigiamu emociingumu ($\rho = -0,513$; $p < 0,001$). Tuo tarpu negebėjimas džiaugtis kitų sėkme pastojus ar susilaukus kūdikio statistiškai reikšmingai, tačiau labai silpnai neigiamai siejasi su pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais ($\rho = -0,266$; $p = 0,005$), pasitenkinimu fizine sveikata ($\rho = -0,298$; $p = 0,002$) ir pasitenkinimu darbu ($\rho = -0,238$; $p = 0,013$), statistiškai patikimai silpnai neigiamai su optimizmu ($\rho = -0,419$; $p < 0,001$), neigiamu emociingumu ($\rho = -0,475$; $p < 0,001$) ir pasitenkinimu santykiais su artimaisiais ($\rho = -0,349$; $p < 0,001$). Detalus subjektyviai suvokiamų santykių su kitais ryšiai su PG ir jos subskalėmis pateikiami 12 lentelėje.

12 lentelė. Psichologinės gerovės sąsajos su socialiniais santykiais.

		Parama iš vyro	Parama iš tų pačių išgyvenančių	Parama iš draugų ir artimųjų	Neturėjimas kam pilnai atsiverti	Atsirišojimas nuo kitų, užsisklendimas	Negebėjimas džiaugtis kitų sėkme
LPGS_O	Koreliacijos k. (ρ)	0,157	-0,238	0,170	-0,374	-0,418	-0,419
	Patikimumas (p)	0,102	0,013	0,077	<0,001	<0,001	<0,001
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PPL	Koreliacijos k. (ρ)	-0,076	-0,148	0,145	-0,094	-0,158	-0,142
	Patikimumas (p)	0,429	0,127	0,133	0,331	0,100	0,140
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_NE	Koreliacijos k. (ρ)	0,121	-0,239	0,011	-0,433	-0,513	-0,475
	Patikimumas (p)	0,209	0,013	0,906	<0,001	<0,001	<0,001
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PSSA	Koreliacijos k. (ρ)	0,394	-0,113	0,152	-0,231	-0,244	-0,349
	Patikimumas (p)	<0,001	0,245	0,115	0,016	0,010	<0,001
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PTS	Koreliacijos k. (ρ)	0,005	-0,187	0,451	-0,518	-0,400	-0,268
	Patikimumas (p)	0,956	0,053	<0,001	<0,001	<0,001	0,005
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PFS	Koreliacijos k. (ρ)	0,131	-0,091	0,127	-0,326	-0,371	-0,298
	Patikimumas (p)	0,175	0,349	0,187	0,001	<0,001	0,002
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PD	Koreliacijos k. (ρ)	0,129	-0,112	0,075	-0,124	-0,246	-0,238
	Patikimumas (p)	0,180	-,249	0,439	0,198	0,010	0,013
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_PGL	Koreliacijos k. (ρ)	0,157	-0,004	-0,004	-0,112	-0,093	-0,085
	Patikimumas (p)	0,102	0,964	0,968	0,245	0,335	0,378
	N	109	108	109	109	109	109
LPGS_B	Koreliacijos k. (ρ)	0,181	-0,261	0,161	-0,376	-0,401	-0,417
	Patikimumas (p)	0,060	0,006	0,094	<0,001	<0,001	<0,001
	N	109	108	109	109	109	109

3.2. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų nevaisingumo patyrimo ir jo gydymo įtaką gyvenimo kokybei

Siekiant specifiškai įvertinti nevaisingumo patyrimą bei jo sąsajas su gyvenimo kokybe naudotas tarptautinis FertiQoL Vaisingumo ir gyvenimo kokybės klausimynas, kuris leidžia įvertinti ne tik bendrą su vaisingumo sutrikimais susijusią gyvenimo kokybę (*angl. Total FertiQoL*), bet ir atskirai pagrindinę su nevaisingumu susijusią gyvenimo kokybę (*angl. Core FertiQoL*), kurią sudaro emocinė (*angl. Emotional*), minčių – kūno (*angl. Mind–Body*), poros santykių (*angl. Relational*) ir socialinių santykių (*angl. Social*) subskalės bei su nevaisingumo gydymu susijusią gyvenimo kokybę (*angl. Treatment FertiQoL*), kurią sudaro gydymo aplinkos (*angl. Environment*) ir gydymo toleravimo (*angl. Tolerability*) subskalės. Remiantis anksčiau atlikto kokybinio tyrimo rezultatais

(Sabaitytė, Žemaitienė, 2016), pastebėta, kad FertiQoL klausimynas neįtraukia keletos specifinių interviu metu išryškėjusių nevaisingumo patyrimo elementų, susijusių su nevaisingumo gydymu, todėl nevaisingumo gydymo patyrimui vertinti taip pat įtraukti papildomi klausimai apie pasitikėjimą gydytoju, galimybę spręsti ir rinktis gydymą, pasitenkinimą gydymo planu bei atsakomybę už gydymo rezultatus.

Vertinant kūdikio susilaukti negalinčių moterų su nevaisingumu susijusią gyvenimo kokybę, nustatyta, kad bendrasis GK įvertis svyravo nuo 18,33 iki 88,24 balo (nuo 0 iki 100 balų intervale), o vidurkis buvo $57,00 \pm 16,71$ balo. Pagrindinės su nevaisingumu susijusios GK (*angl. Core FertiQoL*) įverčiai svyravo nuo 17,71 iki 94,79 balo, o vidurkis buvo $57,02 \pm 17,95$ balo, kai tuo tarpu su gydymu susijusios GK (*angl. Treatment FertiQoL*) įverčiai svyravo nuo 12,5 iki 97,5 balo, o vidurkis buvo $56,94 \pm 18,42$ balo. Analizuojant su nevaisingumu susijusios GK subskalių įverčius pastebėta, kad žemiausi balai – emocijų subskalėje ($45,72 \pm 23,03$, min=0; max=100), o aukščiausi poros santykių subskalėje ($70,15 \pm 20,32$, min=16,67; max=100), kas rodo, kad susidūrimas su sunkumais, bandant susilaukti vaikelio gyvenimo labiausiai paveikia nevaisingumo keliamos emocijos, tokios kaip apmaudas, liūdesys, pavydas ir depresyvumas. Tuo tarpu nevaisingumo mažiausiai paveikiami yra poros santykiai. Detalūs su nevaisingumu susijusios gyvenimo kokybės subskalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai vaizduojami 13 lentelėje.

13 lentelė. Su nevaisingumu susijusi gyvenimo kokybė ir jos subskalės

	N	Min.	Max.	M	SD	Tarpkvartilinis intervalas
Bendra GK	109	18,38	88,24	57,00	16,71	44,12–69,12
Pagrindinė GK	109	17,71	94,79	57,02	17,95	44,79–70,31
Emocinė	109	0,00	100,00	45,72	23,03	29,17–66,67
Kūno minčių	109	0,00	100,00	57,45	22,58	41,67–75,00
Poros santykių	109	16,67	100,00	70,15	20,32	56,25–85,42
Socialinių santykių	109	12,50	95,83	54,78	21,36	37,50–70–83
Su gydymu susijusi GK	109	12,50	97,50	56,95	18,42	45,00–70,00
Gydymo aplinkos	109	8,33	100,00	59,29	20,20	45,83–75,00
Gydymo toleravimo	109	0,00	100,00	53,44	24,53	31,25–68,75

Analizuojant tiesinius ryšius tarp su nevaisingumu susijusios gyvenimo kokybės ir su gydymu susijusių veiksmų tiesinių ryšių nenustatyta. Pastebėtas statistiškai reikšmingas, tačiau labai silpnas neigiamas ryšys tarp su gydymu susijusios GK ir nevaisingumo trukmės ($\rho=-0,264$; $p=0,006$), gydymosi trukmės ($\rho=-0,270$; $p=0,005$), pakeistų gydytojų skaičiaus ($\rho=-0,250$; $p=0,009$) bei nesėkmingų nėštumų skaičiaus ($\rho=-0,215$; $p=0,025$). Vertinant su nevaisingumo gydymu susijusios GK subskales, išryškėjo statistiškai patikimi, tačiau labai silpni neigiami ryšiai tarp nevaisingumo gydymo aplinkos poveikio GK ir nevaisingumo trukmės ($\rho=-0,289$; $p=0,002$), gydymosi trukmės ($\rho=-0,204$; $p=0,033$) bei nesėkmingų nėštumų skaičiaus ($\rho=-0,219$; $p=0,022$). Tuo tarpu analizuojant

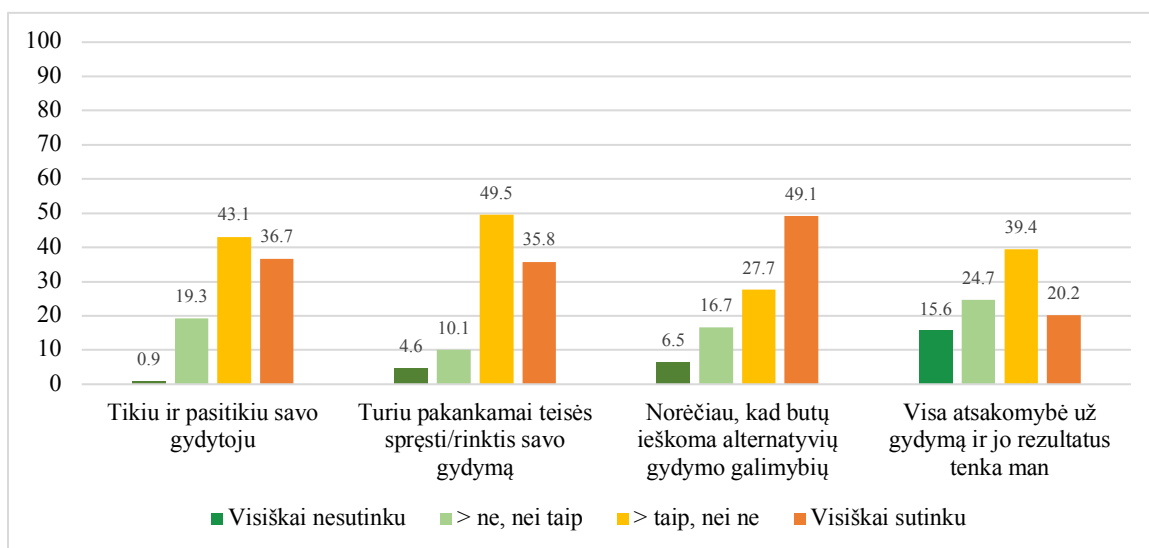
nevaisingumo gydymo toleravimo subskalę, pastebėti statistiškai reikšmingi, tačiau taip pat labai silpni neigiami ryšiai su nevaisingumo gydymosi trukme ($\rho=-0,225$; $p=0,019$), aplankytų vaisingumo specialistų skaičiumi ($\rho=-0,257$; $p=0,007$) bei gimdymų skaičiumi ($\rho=-0,194$; $p=0,043$). Detalūs su nevaisingumu susijusios GK ir jos subskalių ryšiai su gydymosi patirtimi pateikiami 14 lentelėje.

14 lentelė. Su nevaisingumu susijusios GK ryšiai su gydymosi patirtimi.

		Amžius	Nevaisingumo trukmė	Gydymosi trukmė	Gydytojų skaičius	Gimdymų skaičius	Nesėkmingų nėštumų skaičius	Pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičius
Bendra GK (Total FertiQoL)	Koreliacijos k. (ρ)	0,013	-0,127	-0,142	-0,186	0,083	-0,147	-0,034
	Patikimumas (p)	0,896	0,189	0,142	0,055	0,393	0,126	0,723
	N	109	109	109	107	109	109	109
Pagrindinė GK (Core FertiQoL)	Koreliacijos k. (ρ)	0,026	-0,069	-0,080	-0,144	0,081	-0,099	0,005
	Patikimumas (p)	0,792	0,478	0,406	0,138	0,404	0,306	0,957
	N	109	109	109	107	109	109	109
Emocijų subskalė (Emotional)	Koreliacijos k. (ρ)	0,020	-0,058	-0,091	-0,160	0,080	-0,169	-0,018
	Patikimumas (p)	0,834	0,550	0,345	0,100	0,410	0,080	0,852
	N	109	109	109	107	109	109	109
Kūno-minčių subskalė (Mind-Body)	Koreliacijos k. (ρ)	0,069	-0,030	-0,076	-0,127	0,080	-0,171	-0,024
	Patikimumas (p)	0,474	0,756	0,433	0,193	0,406	0,075	0,807
	N	109	109	109	107	109	109	109
Poros santykių subskalė (Relational)	Koreliacijos k. (ρ)	-0,166	-0,175	-0,093	-0,120	-0,014	0,044	0,071
	Patikimumas (p)	0,085	0,069	0,336	0,220	0,882	0,649	0,466
	N	109	109	109	107	109	109	109
Socialinių santykių subsk. (Social)	Koreliacijos k. (ρ)	0,111	0,016	0,003	-0,081	0,127	0,003	-0,001
	Patikimumas (p)	0,249	0,871	0,973	0,408	0,190	0,975	0,990
	N	109	109	109	107	109	109	109
Su gydymu susijusi GK (Treatment FertiQoL)	Koreliacijos k. (ρ)	-0,014	-0,264	-0,270	-0,250	0,066	-0,215	-0,092
	Patikimumas (p)	0,887	0,006	0,005	0,009	0,496	0,025	0,342
	N	109	109	109	107	109	109	109
Gydymo aplinkos subskalė (Environment)	Koreliacijos k. (ρ)	-0,025	-0,289	-0,204	-0,127	-0,060	-0,219	-0,014
	Patikimumas (p)	0,798	0,002	0,033	0,192	0,535	0,022	0,886
	N	109	109	109	107	109	109	109
Gyd. toleravimo subskalė (Tolerability)	Koreliacijos k. (ρ)	0,007	-0,088	-0,225	-0,257	0,194	-0,112	-0,178
	Patikimumas (p)	0,944	0,365	0,019	0,007	0,043	0,245	0,064
	N	109	109	109	107	109	109	109

Analizuojant subjektyvų kūdikio susilaukti negalinčių moterų santykį su gydytoju ir pasitenkinimą gydymu, pastebėta, kad didžioji dalis moterų yra linkusios pasitikėti savo gydytoju, santykyje su juo jaučiasi įtrauktos į gydymo procesą, turinčios pakankamai teisės spręsti ir rinktis savo gydymą, tačiau vis dėl to daugiau nei trys ketvirtadaliai moterų norėtų, kad būtų ieškoma daugiau alternatyvių gydymo būdų. Taip pat didžioji dalis moterų jaučia, kad visa atsakomybė už gydymą ir jo rezultatus priklauso joms. Subjektyvaus nevaisingumo gydymo patyrimo išreikštumas

pavaizduotas 11 paveikslėlyje. Vertinant šių aspektų sąsajas su gyvenimo kokybe, pastebėta statistiškai patikimas silpnas ryšys tarp visų su nevaisingumu susijusios GK skalių ir subskalių bei pasitikėjimo gydytoju, taip pat statistiškai reikšmingas silpnas neigiamas ryšys tarp su nevaisingumu susijusios GK skalių ir subskalių bei poreikio alternatyvių gydymo metodų paieškai ir atsakomybės už gydymo rezultatus prisiėmimo.

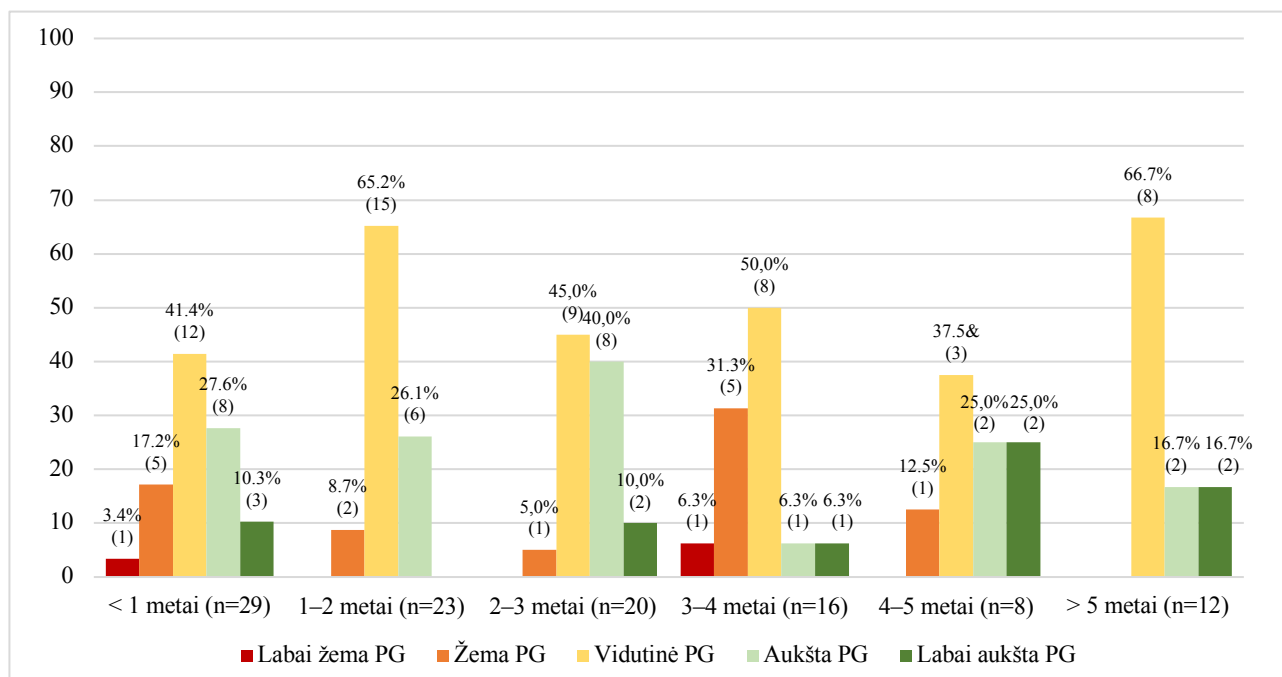


11 pav. Subjektyvaus nevaisingumo gydymo ypatumų patyrimo išreikštumas.

3.3. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė ir gydymosi patirtis

3.3.1. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal gydymosi trukmę

Vertinant psichologinę gerovę pagal gydymosi trukmę, kuri svyravo nuo 1 mėnesio iki 10 metų, bendros PG (LPGS_B) įverčiai svyravo nuo 31 iki 69 balų, vidurkiai grupėse svyravo nuo 48,05(±8,46) iki 57,09(±9,02) balo. Aukščiausia PG buvo tarp moterų, nevaisingumą besigydančių 4–5 metus, o žemiausia – 3–4 metus. Didžioji dalis tyrimo dalių visose grupėse pasižymėjo vidutine psichologine gerove, labai žemų PG įverčių buvo tik tarp trumpiau nei 1 metus ir 3–4 metus nevaisingumą besigydančių moterų, labai aukšta PG nepasižymėjo nei viena iš 1–2 metus nevaisingumą besigydančių moterų. Psichologinės gerovės pasiskirstymas grupėse pagal gydymosi trukmę pateikiama 12 paveikslėlyje.



12 pav. Psichologinė gerovė pagal nevaisingumo gydymosi trukmę.

Analizuojant tiesinius ryšius tarp psichologinės gerovės ir gydymosi trukmės, statistiškai reikšmingų ryšių nenustatyta nei su bendru PG įverčiu ($p=0,985$), nei su PG subskalių įverčiais (žr. 22 lentelę). Tačiau vertinant psichologinę gerovę skirtingose nevaisingumo gydymosi trukmės grupėse, nustatyti statistiškai reikšmingi optimizmo (LPGS_O) ($p=0,011$), pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS) ($p=0,039$), fizine sveikta (LPGS_PFS) ($p=0,031$) ir gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) ($p=0,031$) bei bendrojo PG įverčio ($p=0,012$) skirtumai tarp grupių. Detalūs psichologinės gerovės subskalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai pateikiami X lentelėje.

15 lentelė. Psichologinė gerovė pagal nevaisingumo gydymosi trukmę.

Subskalė	Nevaisingumo trukmė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	< 1 metai	29	48,13(±8,94)	53,55	0,031
	nuo 1 iki 2 metų	23	48,16(±6,07)	51,43	
	nuo 2 iki 3 metų	20	50,52(±7,21)	63,10	
	nuo 3 iki 4 metų	26	43,46(±8,58)	33,88	
	nuo 4 iki 5 metų	8	53,35(±7,85)	71,63	
	> 5 metai	12	51,33(±6,29)	64,42	
LPGS_PPL	< 1 metai	29	55,24(±7,90)	52,55	0,996
	nuo 1 iki 2 metų	23	56,37(±7,33)	56,48	
	nuo 2 iki 3 metų	20	55,77(±7,85)	54,00	
	nuo 3 iki 4 metų	26	54,42(±10,39)	53,06	
	nuo 4 iki 5 metų	8	56,16(±7,19)	54,81	
	> 5 metai	12	56,24(±9,29)	57,96	

15 lentelės tęsinys. Psichologinė gerovė pagal nevaisingumo gydymosi trukmę

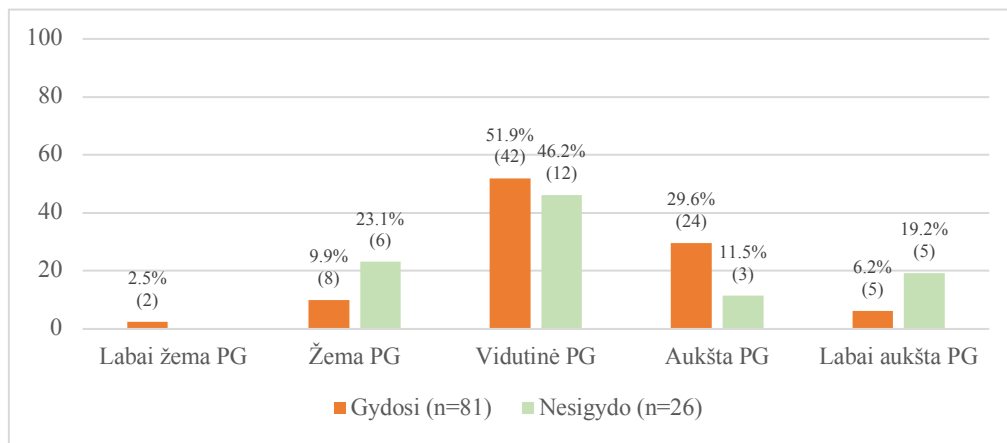
Subskalė	Nevaisingumo trukmė	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_NE	< 1 metai	29	43,51(±11,53)	52,02	0,237
	nuo 1 iki 2 metų	23	43,98(±10,70)	53,15	
	nuo 2 iki 3 metų	20	45,58(±10,85)	57,40	
	nuo 3 iki 4 metų	26	40,10(±11,65)	41,25	
	nuo 4 iki 5 metų	8	50,38(±6,85)	70,75	
	> 5 metai	12	48,86(±8,26)	65,08	
LPGS_PSSA	< 1 metai	29	49,16(±8,73)	55,62	0,604
	nuo 1 iki 2 metų	23	50,03(±6,48)	55,72	
	nuo 2 iki 3 metų	20	49,41(±10,49)	59,30	
	nuo 3 iki 4 metų	26	44,90(±9,68)	41,19	
	nuo 4 iki 5 metų	8	47,45(±12,77)	58,13	
	> 5 metai	12	50,17(±6,32)	56,79	
LPGS_PTS	< 1 metai	29	46,52(±10,55)	47,45	0,035
	nuo 1 iki 2 metų	23	48,64(±10,80)	55,93	
	nuo 2 iki 3 metų	20	50,99(±8,34)	60,95	
	nuo 3 iki 4 metų	26	43,95(±9,85)	39,38	
	nuo 4 iki 5 metų	8	56,95(±7,91)	79,94	
	> 5 metai	12	51,10(±10,46)	61,25	
LPGS_PFS	< 1 metai	29	47,52(±9,23)	56,71	0,047
	nuo 1 iki 2 metų	23	45,38(±9,60)	48,80	
	nuo 2 iki 3 metų	20	46,14(±1,76)	53,98	
	nuo 3 iki 4 metų	26	41,97(±10,57)	38,56	
	nuo 4 iki 5 metų	8	53,73(±5,82)	77,44	
	> 5 metai	12	50,90(±7,38)	66,92	
LPGS_PD	< 1 metai	29	50,60(±10,57)	53,17	0,473
	nuo 1 iki 2 metų	23	49,04(±8,17)	46,41	
	nuo 2 iki 3 metų	20	52,57(±8,16)	57,65	
	nuo 3 iki 4 metų	26	49,54(±10,55)	50,94	
	nuo 4 iki 5 metų	8	55,24(±9,06)	68,31	
	> 5 metai	12	54,05(±8,20)	63,50	
LPGS_PGL	< 1 metai	29	55,40(±9,74)	54,22	0,133
	nuo 1 iki 2 metų	23	56,59(±6,88)	53,13	
	nuo 2 iki 3 metų	20	59,87(±5,76)	67,08	
	nuo 3 iki 4 metų	26	50,36(±10,83)	37,63	
	nuo 4 iki 5 metų	8	55,75(±11,22)	56,25	
	> 5 metai	12	56,98(±10,39)	58,17	
LPGS_B	< 1 metai	29	52,64(±9,63)	54,79	0,039
	nuo 1 iki 2 metų	23	52,95(±5,75)	51,57	
	nuo 2 iki 3 metų	20	55,52(±6,89)	64,85	
	nuo 3 iki 4 metų	26	48,05(±8,46)	33,44	
	nuo 4 iki 5 metų	8	57,09(±9,02)	68,25	
	> 5 metai	12	55,46(±6,62)	61,08	

Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGS autorių instrukcijomis, žemiausiais visų subskalių įverčių vidurkiais išsiskyrė moterų, besigydančių nevaisingumą nuo 3 iki 4 metų grupė. Ši grupė pasižymėjo žemais optimizmo (LPGS_O) (43,46(±8,58)), neigiamo emocingumo (LPGS_NE) (40,10(±11,65)), pasitenkinimo santykiais su artimaisiais (LPGS_PSSA) 44,90(±9,68), pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS) 43,95(±9,85) ir pasitenkinimo fizine sveikata

(LPGS_PFS) $41,97(\pm 10,57)$ subskalių vidurkiais, o tai reiškia, kad moterys, besigydančios nevaisingumą 3–4 metus pasižymi žemu optimizmo lygiu, nepasitenkinimu savimi, įsitikinimu, kad veiksmai ir aplinka sunkiai kontroliuojami, dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą, jaučia įtampą, nepasitenkinimą ir (arba) nepasitikėjimą šeimos nariais ir (arba) kitais giminaičiais, tarpasmeninių santykių kokybe ir kiekybe, taip pat nepasitenkinimą fizine sveikata, turi nusiskundimų, dažnai jaučiasi sergančios ir žemo darbingumo. Taip pat reikšmingai žemais neigiamo emocingumo (LPGS_NE) subskalės įverčių vidurkiais pasižymėjo ir visų kitų, trumpiau nei 4 metus nevaisingumą besigydančių moterų grupės: trumpiau nei 1 metus – $43,51(\pm 11,53)$ balo, nuo 1 iki 2 metų – $43,98(\pm 10,70)$ balo ir nuo 2 iki 3 metų – $45,58(\pm 10,85)$ balo, kas rodo, kad trumpiau nei 4 metus nuo nevaisingumo besigydančios moterys dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą. Visose gydymosi trukmės grupėse moterys pasižymėjo aukštu pasitenkinimu pragyvenimo lygiu, pajamomis (LPGS_PPL) ir buvimu Lietuvos piliete (LPGS_PGL), išskyrus moteris nuo nevaisingumo besigydančias 3–4 metus. Teigiamai išsiskyrė ir moterų, nevaisingumą besigydančių 4–5 metus grupė: šalia aukšto pasitenkinimo pragyvenimo lygiu bei gyvenimu Lietuvoje, šios grupės moterys taip pat pasižymėjo aukštu pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais (LPGS_PTS) – $56,95(\pm 7,91)$ balo ir pasitenkinimu darbu (LPGS_PD) – $55,24(\pm 9,06)$, kas rodo, kad šios grupės moterys jaučia pasitenkinimą santykiais su draugais bei kitais artimais asmenimis, geba užmegzti artimus santykius, jaučiasi suprastos, jaučia pasitenkinimą savo darbu ir profesija, yra įsitikinusios savo gebėjimu susidoroti su kasdienėmis pareigomis, pasižymi nepriklausomumu nuo kitų jausmu.

3.3.2. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal dabartinę gydymosi situaciją

Vertinant bendrą tiriamųjų psichologinę gerovę pagal dabartinę gydymosi situaciją, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,988$). Aktyviai besigydančių moterų grupėje psichologinės gerovės įverčiai svyravo nuo 31 iki 69 balų ir vidurkis sudarė $53,23(\pm 7,64)$ balo, o nesigydančių moterų grupėje – nuo 36 iki 68 balų ir vidurkis $53,15(\pm 9,75)$ balo. Didžiosios dalies tyrime dalyvavusių moterų – 51,9% besigydančių ir 46,2% nesigydančių – psichologinė gerovė buvo vidutinė. Labai žemos psichologinės gerovės įverčių nustatyta tik šiuo metu besigydančių moterų grupėje. Tiriamųjų psichologinės gerovės kategorijų palyginimas tarp šiuo metu besigydančių ir nesigydančių moterų pavaizduotas 14 paveikslėlyje.



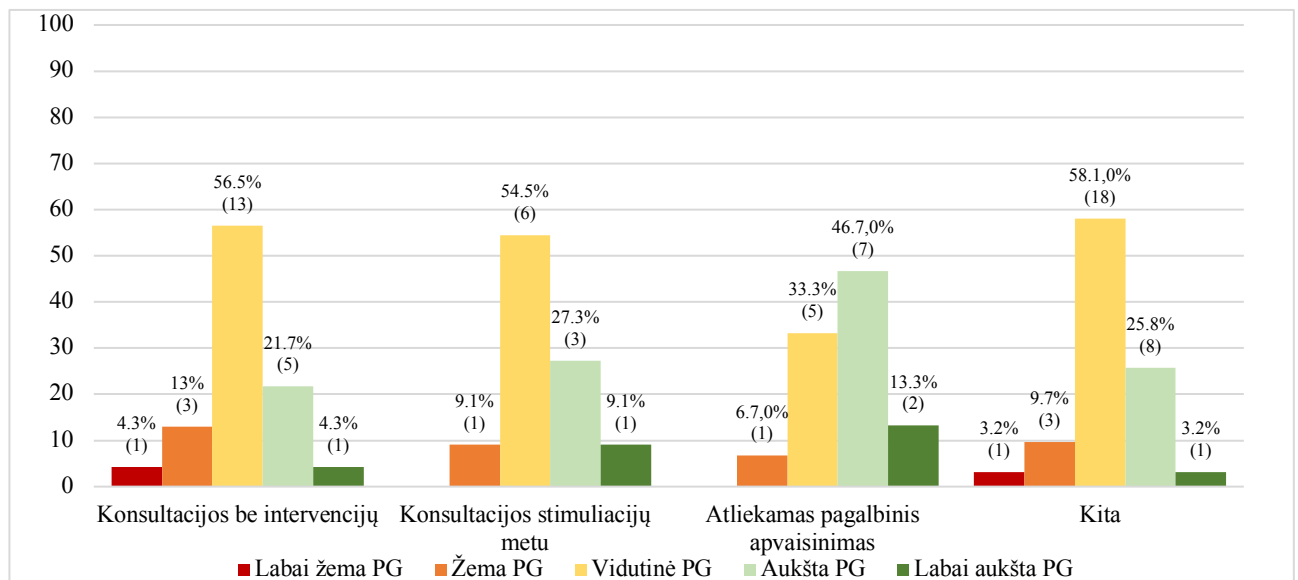
13 pav. Psichologinė gerovė tarp besigydančių ir nesigydančių moterų.

Lyginant psichologinės gerovės subskalių įverčius skirtingose gydymosi grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta. Abiejose grupėse žemiausi vidurkiai nustatyti neigiamo emocingumo subskalėje. Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGA autorių instrukcijomis, svarbu išskirti, kad šiuo aktyviai besigydančios moterys pasižymi reikšmingai žemu neigiamu emocingumu ($44,03 \pm 10,65$ balo), kas reiškia, kad jos dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą, nepaisant to, kad yra patenkintos pajamomis ir pragyvenimo lygiu ($55,39 \pm 8,08$). Tuo tarpu moterys šiuo metu aktyviai nesigydančios pasižymi reikšmingai aukštu pasitenkinimu pragyvenimo lygiu ($55,39 \pm 8,08$) bei gyvenimu Lietuvoje ($56,48 \pm 9,21$). Visų kitų subskalių vidurkiai grupėse varijuoja vidutinės normos ribose. Detalūs psichologinės gerovės subskalių įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei jų palyginimas pateikiami 16 lentelėje.

16 lentelė. Psichologinės gerovės palyginimas pagal dabartinę gydymosi situaciją.

Subskalė	Dabartinis gydymasis	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Taip	81	48,48± 7,67	53,78	0,896
	Ne	26	48,95±9,09	54,69	
LPGS_PPL	Taip	81	55,39±8,08	52,41	0,350
	Ne	26	57,03±8,11	58,94	
LPGS_NE	Taip	81	44,03±10,65	52,83	0,490
	Ne	26	45,46±11,17	57,65	
LPGS_PSSA	Taip	81	49,70±7,80	56,14	0,206
	Ne	26	46,04±11,00	47,33	
LPGS_PTS	Taip	81	48,11±9,94	51,88	0,211
	Ne	26	50,62±11,44	60,62	
LPGS_PFS	Taip	81	46,17±9,95	52,68	0,437
	Ne	26	47,97±10,67	58,12	
LPGS_PD	Taip	81	50,81±8,85	52,48	0,371
	Ne	26	52,09±10,64	58,73	
LPGS_PGL	Taip	81	56,48±9,21	56,40	0,149
	Ne	26	53,93±9,02	46,52	
LPGS_B	Taip	81	53,23±7,64	53,98	0,988
	Ne	26	53,15±9,75	54,08	

Analizuojant besigydančių moterų bendrą psichologinę gerovę pagal gydymosi etapą, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,209$). Bendras psichologinės gerovės balo vidurkis grupėse svyravo nuo $51,53(\pm 7,67)$ iki $56,19(\pm 7,80)$ balo. Aukščiausiais bendros PG vidurkiais pasižymėjo moterys, kurioms anketos pildymo metu buvo atliekamas pagalbinis apvaisinimas, o žemiausiais moterys, kurios tyrimo atlikime metu konsultavosi su vaisingumo specialistais, tačiau intervencijos dar buvo nepradėtos. Analizuojant bendros psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymą tarp skirtingų gydymo etapų grupių, galima pastebėti, kad išsiskiria tos gydymo etapų grupės, kuriose yra atliekamos intervencijos, t.y. inseminacijų ir pagalbinio apvaisinimo grupės. Jose visiškai nėra labai žemos psichologinės gerovės įverčių, o ir žemos PG įverčiai sudaro mažiausią dalį visos grupės įverčių. Psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymas gydymo etapų grupėse pavaizduotas 14 paveikslėlyje.



14 pav. Psichologinė gerovė gydymo etapų grupėse

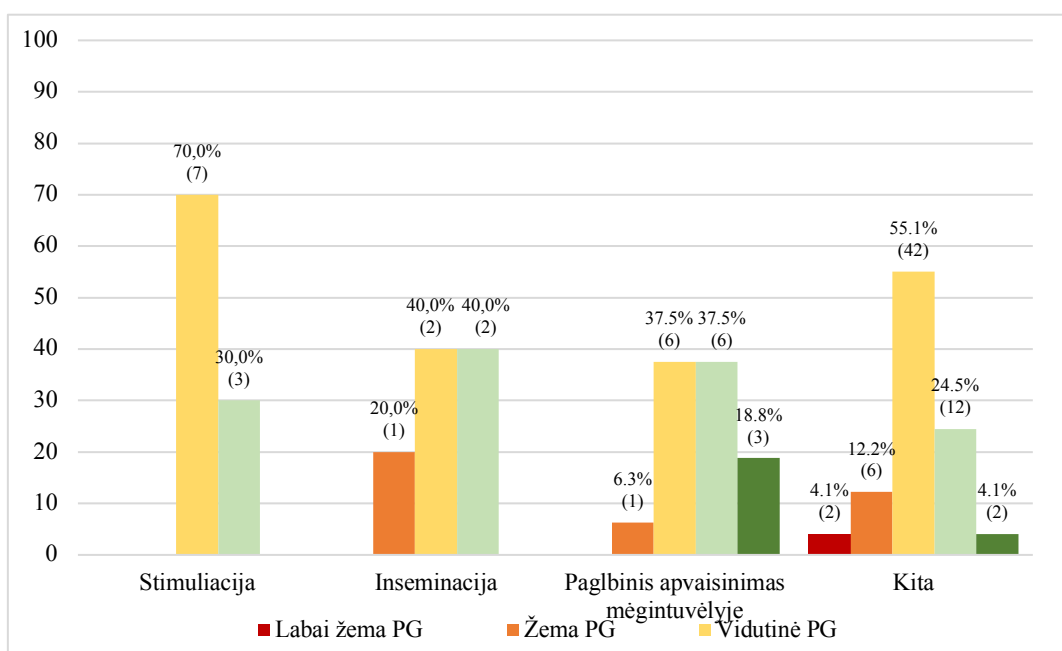
Vertinant besigydančių moterų psichologinės gerovės subskalių įverčius, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp gydymo etapų grupių nenustatyta. Interpretuojant gautus rezultatus, remiantis LPGA autorių instrukcijomis, Svarbu paminėti, kad moterų, kurioms atliekamas pagalbinis apvaisinimas, grupė pasižymėjo vienais aukščiausių įverčių (LPGA_B vidurkis $56,19\pm 7,80$ balo) beveik visose psichologinės gerovės subskalėse. Moterims, kurioms atliekamas pagalbinis apvaisinimas būdingas aukštas pasitenkinimas pragyvenimo lygiu ($57,54\pm 6,22$) ir gyvenimu Lietuvoje ($60,32\pm 6,57$). Ši grupė vienintelė iš visų nepasižymi žemais neigiamo emocingumo balais, kas rodo, kad šios grupės moterys rečiau patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir įtampą, kas atvirkščiai būdinga kitų gydymo etapų grupėms. Taip pat pastebėta, kad moterų, kurioms atliekama

stimuliacija, grupė pasižymi aukštu pasitenkinimu pragyvenimo lygiu ($59,94 \pm 6,63$) bei pasitenkinimu darbu ($56,75 \pm 7,99$). Tuo tarpu moterų, kurios konsultuojasi be medicininių intervencijų, grupė pasižymi žemu pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais ($44,47 (\pm 8,23)$), nors pasitenkinimas santykiais su artimaisiais yra aukštas – $58,89 (\pm 6,24)$ balo. Įdomu pastebėti tai, kad moterų grupė, kuri savo gydymą priskyrė kategorijai „kita“, t.y. neatitiko įprastų standartinių gydymo etapų, kuriuos tyrėja išskyrė, konsultuodamasi su vaisingumo specialiste, pasižymėjo žemu pasitenkinimu fizine sveikata ($44,01 \pm 9,18$), kas reiškia, kad šios grupės moterys dažnai jaučiasi sergančios, yra nepatenkintos savo fizine sveikata, turi nusiskundimų ir jaučiasi žemo darbingumo. Detalūs psichologinės gerovės subskalių vidurkiai bei jų palyginimas pateikiami 17 lentelėje.

17 lentelė. *Besigydančių moterų psichologinė gerovė pagal gydymo etapą.*

Subskalė	Gydymosi etapas	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Konsultacijos be intervencijų	23	46,81(±7,21)	37,04	0,146
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	49,90(±8,36)	45,27	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	51,58(±7,88)	51,40	
	Kita	31	47,26(±7,48)	36,10	
LPGS_PPL	Konsultacijos be intervencijų	23	52,32(±6,86)	31,76	0,054
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	59,94(±6,63)	53,09	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	57,54(±6,22)	46,77	
	Kita	31	54,68(±9,49)	39,48	
LPGS_NE	Konsultacijos be intervencijų	23	42,93(±11,46)	39,04	0,559
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	43,68(±10,58)	40,05	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	46,72(±9,26)	48,13	
	Kita	31	42,69(±10,49)	38,05	
LPGS_PSSA	Konsultacijos be intervencijų	23	58,89(±6,24)	43,80	0,866
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	49,37(±7,42)	37,86	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	47,71(±11,27)	38,63	
	Kita	31	49,64(±7,80)	39,89	
LPGS_PTS	Konsultacijos be intervencijų	23	44,47(±8,23)	32,00	0,187
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	50,06(±10,66)	45,00	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	50,80(±9,41)	46,97	
	Kita	31	48,50(±10,95)	42,08	
LPGS_PFS	Konsultacijos be intervencijų	23	46,83(±9,16)	41,91	0,233
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	45,68(±10,41)	39,91	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	49,26(±12,32)	49,97	
	Kita	31	44,01(±9,18)	35,08	
LPGS_PD	Konsultacijos be intervencijų	23	48,68(±8,36)	35,35	0,054
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	56,75(±7,99)	55,32	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	52,99(±9,82)	46,37	
	Kita	31	49,00(±8,38)	36,23	
LPGS_PGL	Konsultacijos be intervencijų	23	56,46(±9,25)	41,30	0,236
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	53,96(±11,45)	35,41	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	60,32(±6,57)	50,43	
	Kita	31	55,30(±9,45)	36,90	
LPGS_B	Konsultacijos be intervencijų	23	51,53(±7,67)	37,39	0,209
	Konsultacijos dėl stimuliacijos	11	54,22(±8,30)	44,00	
	Atliekamas pagalbinis apv.	15	56,19(±7,80)	50,87	
	Kita	31	52,23(±7,20)	36,55	

Tuo tarpu vertinant besigydančių moterų psichologinės gerovės subskalių vidurkius tarp skirtingų gydymo metodų grupių, statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant pasitenkinimą darbu (LPGS_PD) ($p=0,008$) ir pasitenkinimą gyvenimu Lietuvoje (LPGS_PGL) ($p=0,004$) (žr. 18 lentelę). Analizuojant psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymą tarp grupių, galima pastebėti, kad visose grupėse didžioji dalis tyrimo dalyvių pasižymėjo vidutine arba aukšta psichologine gerove. Tačiau vertinti skirtumus tarp gydymo metodų grupių yra labai sudėtinga, dėl mažos imties ir labai netolygaus pasiskirstymo tarp grupių, todėl šiuos rezultatus, apie psichologinės gerovės sąsajas su gydymo metodu rekomenduojama laikyti tik žvalgomojo pobūdžio. Psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymas gydymo metodų grupėse vaizduojamas 16 paveikslėlyje.



16 pav. Besigydančiųjų psichologinė gerovė pagal gydymo metodą

Interpretuojant psichologinės gerovės subskalių vidurkius tarp skirtingų gydymo metodų gydymų moterų, reikėtų pastebėti, kad visų gydymo metodų grupių tyrimo dalyvės, išskyrus tas, kurioms atliekamas pagalbinis apvaisinimas mėgintuvėlyje (IVF), pasižymi žemais neigiamo emocingumo balais (stimuliacijų grupėje $44,45 \pm 11,57$ balo; IUI – $42,52 \pm 12,05$ balo; kito gydymo metodo – $42,74 \pm 10,70$ balo), kas rodo dažnai patiriamas neigiamas emocijas, nusivylimą ir įtampą. Moterys, kurioms yra taikoma stimuliacija bei pagalbinis apvaisinimas mėgintuvėlyje pasižymi aukštu pasitenkinimu darbu ir pragyvenimo lygiu, o moterys, kurioms taikomas IVF pasižymi dar ir aukštu pasitenkinimu gyvenimu Lietuvoje. Moterys, kurių gydymo metodas buvo kitas, pasižymėjo žemu pasitenkinimu fizine sveikata, kas rodo, kad moterys jaučia nepasitenkinimą savo sveikata, dažnai jaučiasi sergančios ir žemo darbingumo, nors buvo patenkintos gyvenimu Lietuvoje.

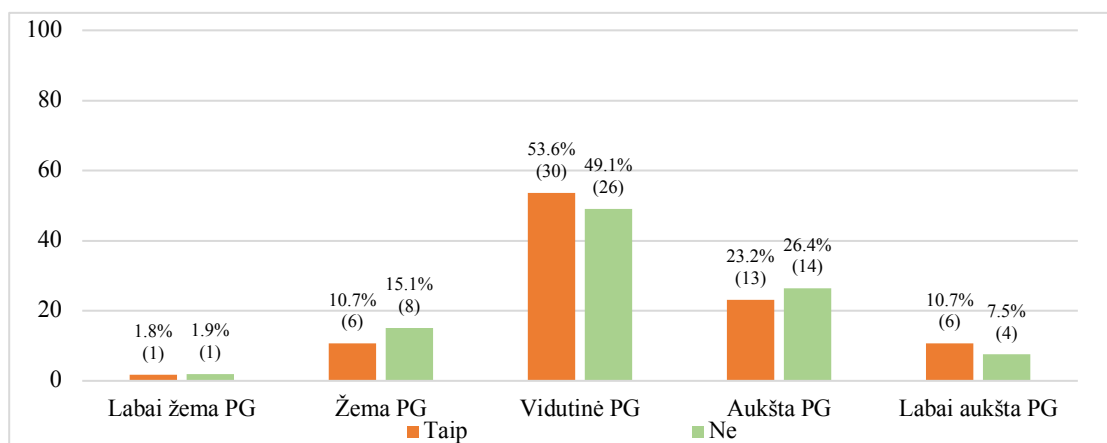
18 lentelė. Besigydančių moterų psichologinė gerovė pagal gydymo metodą.

Subskalė	Gydymo metodas	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Stimuliacija	10	49,96(±6,17)	43,50	0,106
	IUI	5	45,40(±8,56)	33,00	
	IVF	16	52,27(±8,29)	52,38	
	Kita	49	46,98(±7,35)	36,78	
LPGS_PPL	Stimuliacija	10	59,00(±4,97)	51,10	0,261
	IUI	5	51,91(±7,69)	29,90	
	IVF	16	56,59(±8,91)	44,19	
	Kita	49	54,49(±8,36)	38,21	
LPGS_NE	Stimuliacija	10	44,45(±11,57)	41,20	0,816
	IUI	5	42,52(±12,05)	39,10	
	IVF	16	46,26(±9,06)	45,31	
	Kita	49	42,74(±10,70)	38,93	
LPGS_PSSA	Stimuliacija	10	51,85(±6,04)	45,80	0,579
	IUI	5	48,87(±7,95)	37,50	
	IVF	16	49,64(±11,37)	45,69	
	Kita	49	49,17(±7,27)	38,03	
LPGS_PTS	Stimuliacija	10	49,98(±8,54)	44,45	0,331
	IUI	5	41,49(±8,45)	24,30	
	IVF	16	50,34(±10,13)	45,19	
	Kita	49	47,54(±10,32)	39,82	
LPGS_PFS	Stimuliacija	10	48,61(±8,14)	46,45	0,347
	IUI	5	46,09(±11,62)	43,70	
	IVF	16	48,59(±12,02)	47,13	
	Kita	49	44,62(±9,44)	36,80	
LPGS_PD	Stimuliacija	10	55,81(±6,75)	53,50	0,008
	IUI	5	48,38(±4,78)	31,50	
	IVF	16	55,67(±9,98)	53,13	
	Kita	49	48,30(±8,34)	34,64	
LPGS_PGL	Stimuliacija	10	50,73(±10,67)	27,25	0,004
	IUI	5	53,75(±14,67)	39,20	
	IVF	16	62,73(±3,01)	57,88	
	Kita	49	55,73(±8,86)	37,66	
LPGS_B	Stimuliacija	10	54,66(±6,33)	44,00	0,134
	IUI	5	50,91(±8,18)	35,60	
	IVF	16	56,89(±8,21)	51,75	
	Kita	49	51,68(±7,37)	36,61	

3.3.3. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal pagalbinių apvaisinimų skaičių

Analizuojant kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę pagal pagalbinio apvaisinimo procedūrų patyrimą, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta ($p=0,976$). Vertinat tiesinius ryšius tarp psichologinės gerovės ir pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičiaus sąsajos taip pat neišryškėjo nei tarp bendros psichologinės gerovės, nei tarp jos subskalių. Psichologinės gerovės ir jos subskalių sąsajos su pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičiumi pateikiamos 22 lentelėje.

Tuo tarpu vertinant psichologinę gerovę tarp pagalbinių apvaisinimą patyrusių ir nepatyrusių moterų, galima pastebėti, kad didžioji dalis moterų abiejose grupėse (53,6% patyrusių pagalbinių apvaisinimą ir 49,1% nepatyrusių) pasižymi vidutine psichologine gerove. Psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymas pagal pagalbinių apvaisinimo procedūrų patyrimą pateikiamas 17 paveikslėlyje.



17 pav. Psichologinė gerovė tarp patyrusių ir nepatyrusių pagalbinių apvaisinimą.

Analizuojant psichologinės gerovės subskalių vidurkius tarp moterų patyrusių ir nepatyrusių pagalbinių apvaisinimą, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių neišryškėjo. Aukščiausiai balais abiejose grupėse buvo įvertintas pasitenkinimas pragyvenimo lygiu ir gyvenimu Lietuvoje, o žemiausiais balais neigiamas emociingumas. Gautus rezultatus interpretuojant, remiantis LPGS autorių pateiktomis rekomendacijomis, dėmesį atkreipti derėtų ne tik į aukštus pasitenkinimo pragyvenimo lygiu ir gyvenimu Lietuvoje subskalių įverčius, bet ir į žemus neigiamo emociingumo subskalės įverčius pagalbinių apvaisinimo nepatyrusių moterų grupėje, kurie rodo, kad šios moterys dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą. Visi kiti subskalių įverčių vidurkiai svyravo vidutinės normos ribose. Detalus psichologinės gerovės subskalių vidurkių palyginimai pagal pagalbinių apvaisinimo patyrimą pateikiami 19 lentelėje.

19 lentelė. Psichologinės gerovės palyginimas pagal pagalbinius apvaisinimus.

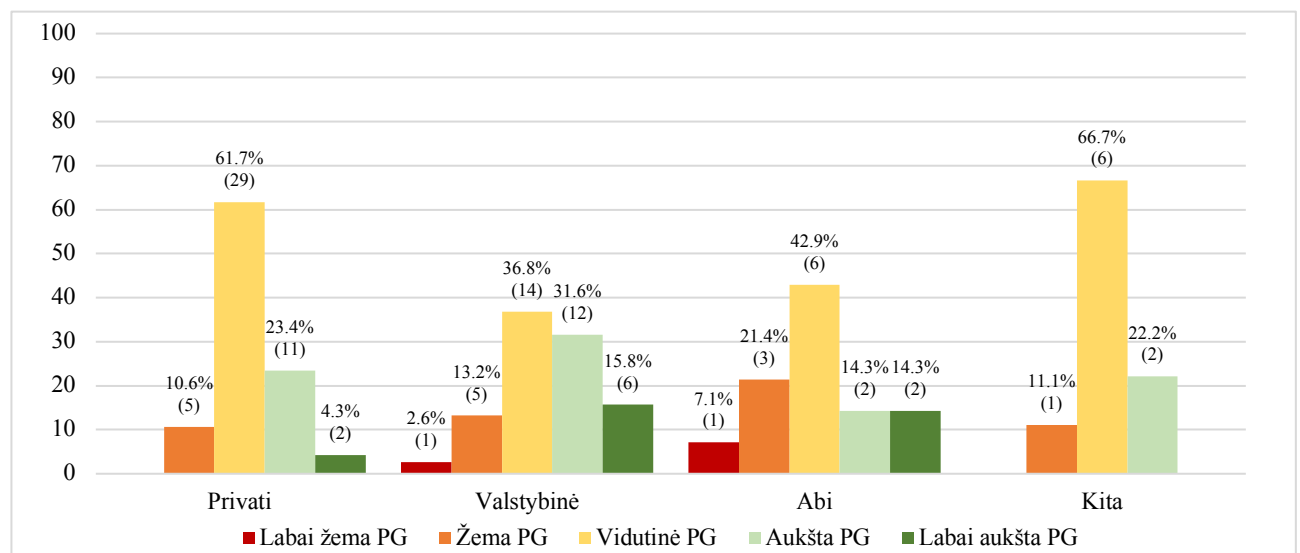
Subskalė	Pagalbinis apvaisinimas	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Taip	56	48,87(±8,07)	55,88	0,766
	Ne	53	48,32(±7,86)	54,08	
LPGS_PPL	Taip	56	55,94(±8,64)	56,63	0,581
	Ne	53	55,37(±7,56)	53,28	
LPGS_NE	Taip	56	45,14(±10,31)	56,61	0,585
	Ne	53	43,77(±11,37)	53,30	
LPGS_PSSA	Taip	56	47,96(±9,74)	53,56	0,624
	Ne	53	49,46(±7,86)	56,52	

19 lentelė. Psichologinės gerovės palyginimas pagal pagalbinis apvaisinimus.

Subskalė	Pagalbinis apvaisinimas	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_PTS	Taip	56	49,50(±10,56)	57,54	0,387
	Ne	53	47,88(±9,92)	52,31	
LPGS_PFS	Taip	56	47,70(±9,74)	58,32	0,259
	Ne	53	45,57(±10,32)	51,49	
LPGS_PD	Taip	56	51,87(±9,63)	57,20	0,455
	Ne	53	50,65(±8,98)	52,68	
LPGS_PGL	Taip	56	55,59(±9,44)	53,54	0,614
	Ne	53	56,30(±8,86)	56,54	
LPGS_B	Taip	56	53,41(±7,97)	55,09	0,976
	Ne	53	52,94(±8,30)	54,91	

3.3.4. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal gydymosi įstaigą

Vertinant kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę pagal įstaigą, kurioje jos gydomos, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,076$). Vertinant psichologinės gerovės įverčius tarp gydymo įstaigos grupių, galima pastebėti, kad didžioji dalis visų gydymo įstaigų grupių moterų pasižymi vidutine psichologine gerove. Labai žemų PG įverčių nustatyta tik valstybinėje ir abiejose gydymo įstaigose besigydančių moterų grupėse, o labai aukštų PG įverčių neatsiskleidė tik kitose įstaigose besigydančių moterų grupėje. Psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymas tarp skirtingų gydymo įstaigų grupių pateikiamas 18 paveikslėlyje.



18 pav. Psichologinės gerovės įverčių pasiskirstymas skirtingų gydymo įstaigų grupėse.

Tuo tarpu analizuojat psichologinės gerovės subskalių sąsajas su gydymo įstaiga, kurioje moteris gydosi, statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių išryškėjo tik vertinant pasitenkinimą darbu ($p=0,039$). Nepaisant to, pastebėta tendencija, kad moterys, besigydančios abiejose (tiek valstybinėje, tiek privačioje) klinikose pasižymi žemiausiais visų PG subskalių įverčių vidurkiais, išskyrus neigiamo emocingumo subskalę, kur keliomis nuošimtimis balo šios grupės moterų vidurkis yra aukštesnis, nei privačioje klinikoje besigydančių moterų. Detalūs PG subskalių vidurkių palyginimai pateikiami 20 lentelėje.

20 lentelė. *Besigydančiųjų moterų psichologinė gerovė pagal gydymo įstaigą.*

Subskalė	Gydymosi įstaiga	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	Privati	35	48,36(±6,85)	38.49	0,063
	Valstybinė	29	50,66(±7,86)	48.07	
	Abi	10	42,64(±9,46)	25.90	
	Kita	6	48,59(±4,33)	40.00	
LPGS_PPL	Privati	35	56,47(±7,39)	43.79	0,093
	Valstybinė	29	56,17(±7,91)	42.36	
	Abi	10	48,10(±9,61)	23.25	
	Kita	6	55,90(±4,75)	41.08	
LPGS_NE	Privati	35	42,04(±9,64)	35.67	0,146
	Valstybinė	29	47,79(±11,75)	48.41	
	Abi	10	42,13(±8,97)	35.60	
	Kita	6	43,27(±9,76)	38.58	
LPGS_PSSA	Privati	35	49,44(±6,96)	38.77	0,115
	Valstybinė	29	51,61(±6,31)	46.10	
	Abi	10	42,35(±13,05)	26.60	
	Kita	6	52,79(±2,71)	46.67	
LPGS_PTS	Privati	35	49,67(±10,42)	44.10	0,394
	Valstybinė	29	47,89(±9,74)	39.50	
	Abi	10	43,82(±8,81)	29.95	
	Kita	6	49,46(±8,85)	41.92	
LPGS_PFS	Privati	35	45,17(±9,66)	36.73	0,147
	Valstybinė	29	48,72(±9,14)	46.86	
	Abi	10	40,57(±12,87)	30.95	
	Kita	6	49,96(±7,22)	47.67	
LPGS_PD	Privati	35	50,51(±7,71)	38.21	0,039
	Valstybinė	29	53,65(±8,64)	49.21	
	Abi	10	44,25(±11,53)	26.50	
	Kita	6	48,74(±6,74)	35.08	
LPGS_PGL	Privati	35	56,81(±8,56)	40.06	0,435
	Valstybinė	29	57,80(±8,80)	44.95	
	Abi	10	52,79(±10,47)	32.65	
	Kita	6	53,38(±13,17)	34.67	
LPGS_B	Privati	35	53,24(±6,54)	38.60	0,076
	Valstybinė	29	55,23(±8,34)	48.00	
	Abi	10	47,84(±9,17)	26.60	
	Kita	6	53,06(±4,23)	38.50	

Vertinant psichologinės gerovės subskalių vidurkius pagal LPGS autorių pateiktas nuorodas, išryškėjo, kad abiejose klinikose besigydančios moterys pasižymi žemu optimizmu, pasitenkinimu santykiais su artimaisiais bei tarpasmeniniais santykiais ir pasitenkinimu darbu. Visų grupių tiriamosioms, išskyrus besigydančioms abiejose klinikose, būdingas aukštas pasitenkinimas pragyvenimo lygiu. Taip pat visų grupių tiriamosioms, išskyrus besigydančias valstybinėje įstaigoje, būdingi žemi neigiamo emocingumo įverčiai, kurie rodo, kad moterys dažnai patiria neigiamas emocijas, nusivylimą ir jaučia įtampą. Privačiose ir valstybinėje įstaigoje besigydančios moterys pasižymi aukštu pasitenkinimu gyvenimu Lietuvoje. Verta pastebėti, kad aukštu bendru psichologinės gerovės vidurkiu pasižymi tik valstybinėje įstaigoje besigydančių moterų grupė.

3.3.5. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę pagal gydytojų skaičių

Vertinant kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę pagal pakeistų gydytojų skaičių, kuris svyravo nuo 0 iki 9, statistiškai reikšmingų tiesinių ryšių nenustatyta, tačiau pastebėta neigiamo ryšio tendencija su visomis psichologinės gerovės subskalėmis, išskyrus pasitenkinimą gyvenimu Lietuvoje. Tiesiniai ryšiai tarp psichologinės gerovės ir nevaisingumo gydytojų skaičiaus pateikiami 22 lentelėje.

Tuo tarpu lyginant psichologinę gerovę gydytojų skaičiaus grupėse, pastebėta statistiškai reikšmingi skirtumai ($p=0,006$). Aukščiausia bendra PG pasižymėjo moterys, besilankančios pas pirmąjį savo gydytoją ir jų grupės vidurkis buvo – $56,90(\pm 5,54)$ balo, o žemiausia PG pasižymėjo moterys, dar nesilankiusios pas gydytoją – $43,54(\pm 7,51)$ balo. Taip pat statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti vertinant optimizmo subskalę ($p=0,008$). Aukščiausias optimizmas būdingas pas pirmą gydytoją besilankančioms moterims – $52,15(\pm 5,62)$ balo, o žemiausias optimizmo lygis būdingas pas gydytojus dar nesilankiusioms moterims – $40,01(\pm 6,56)$ balo. Statistiškai reikšmingai skyrėsi ir neigiamo emocingumo įverčiai tarp grupių ($p=0,030$). Čia taip pat pastebėta, kad aukščiausi neigiamo emocingumo balai būdingi pas pirmą gydytoją besilankančioms moterims ($36,82 \pm 10,20$ balo), o žemiausias pas gydytojus dar nesilankiusių moterų ($48,69 \pm 10,12$ balo). Analogiškai statistiškai reikšmingai skyrėsi ir pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais gydytojų skaičiaus grupėse ($p=0,048$). Aukščiausias pasitenkinimas būdingas pas pirmą gydytoją besilankančioms moterims ($51,53 \pm 5,52$), o žemiausias pas gydytojus nesilankiusioms moterims ($38,55 \pm 9,75$). Tokia tendencija stebima ir kitose subskalėse (išskyrus pasitenkinimo pragyvenimu lygiu ir fizinę sveikata subskales), kur statistiškai reikšmingi skirtumai neišryškėjo. Detalus psichologinės gerovės palyginimas pagal gydytojų skaičių pateikiamas 21 lentelėje.

21 lentelė. Psichologinė gerovė pagal gydytojų skaičių.

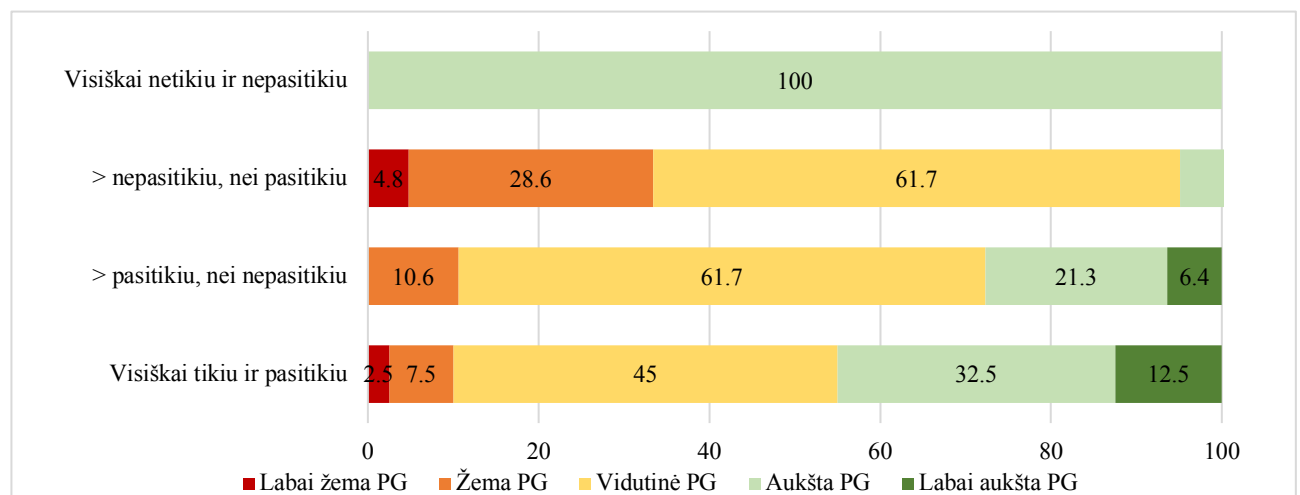
Subskalė	Gydytojų skaičius	N	M(±SD)	Vidutinis rangas	p
LPGS_O	0	7	40,01(±6,56)	22,86	0,008
	1	19	52,15(±5,62)	69,63	
	2	35	49,63(±7,34)	59,69	
	3	30	47,71(±8,28)	47,53	
	4	13	45,91(±9,21)	45,38	
	> 5 metai	3	50,69(±7,75)	63,33	
LPGS_PPL	0	7	50,00(±7,12)	32,14	0,087
	1	19	56,72(±6,84)	57,76	
	2	35	57,58(±7,80)	62,17	
	3	30	55,54(±8,70)	54,25	
	4	13	51,28(±8,32)	38,12	
	> 5 metai	3	55,48(±7,42)	52,17	
LPGS_NE	0	7	36,82(±10,20)	33,00	0,030
	1	19	48,69(±10,12)	66,24	
	2	35	46,35(±10,09)	61,16	
	3	30	40,52(±11,07)	42,62	
	4	13	42,98(±11,06)	52,46	
	> 5 metai	3	47,80(±4,03)	62,50	
LPGS_PSSA	0	7	38,55(±9,75)	21,29	0,048
	1	19	51,53(±5,52)	61,66	
	2	35	50,85(±7,39)	60,37	
	3	30	48,49(±8,31)	52,17	
	4	13	45,91(±11,63)	47,38	
	> 5 metai	3	48,69(±9,80)	54,50	
LPGS_PTS	0	7	44,18(±8,20)	39,07	0,128
	1	19	51,67(±8,23)	62,47	
	2	35	48,11(±11,40)	53,01	
	3	30	49,22(±10,43)	54,92	
	4	13	45,16(±9,76)	42,35	
	> 5 metai	3	59,28(±7,09)	88,00	
LPGS_PFS	0	7	41,15(±7,26)	33,21	0,068
	1	19	48,59(±8,66)	61,42	
	2	35	48,79(±9,19)	60,80	
	3	30	44,34(±10,41)	45,58	
	4	13	43,32(±13,05)	49,77	
	> 5 metai	3	53,42(±4,48)	78,67	
LPGS_PD	0	7	41,71(±10,63)	25,79	0,051
	1	19	54,68(±7,71)	66,97	
	2	35	51,06(±8,60)	55,04	
	3	30	52,14(±9,52)	55,75	
	4	13	49,85(±10,02)	48,08	
	> 5 metai	3	45,94(±6,29)	33,67	
LPGS_PGL	0	7	48,06(±8,36)	27,64	0,243
	1	19	58,62(±5,70)	61,37	
	2	35	56,10(±8,53)	54,07	
	3	30	55,88(±10,51)	55,92	
	4	13	55,83(±10,29)	54,62	
	> 5 metai	3	53,67(±14,43)	46,17	
LPGS_B	0	7	43,54(±7,51)	22,57	0,006
	1	19	56,90(±5,54)	69,84	
	2	35	54,57(±7,05)	60,43	
	3	30	52,30(±8,29)	47,27	
	4	13	50,35(±9,85)	45,08	
	> 5 metai	3	53,55(±9,16)	58,00	

Interpretuojant duomenis pagal LPGS autorių rekomendacijas, didžiausią dėmesį reikėtų atkreipti į moteris, kurios dar nėra apsilankiusios pas vaisingumo specialistus, nes visų šios grupės moterų subskalių, išskyrus pasitenkinimą pragyvenimo lygiu ir gyvenimu Lietuvoje, įverčiai yra žemi, kas išskirtinai rodo visas subskales apimančią žemą psichologinę gerovę.

3.3.6. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė pagal santykį su gydytoju

Vertinant kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę pagal santykį su gydytoju, nustatyta, kad 36,7 % moterų (n=40) visiškai pasitiki savo gydytoju, 43,1% moterų labiau pasitiki, nei nepasitiki ir 19,3% moterų labiau nepasitiki, nei pasitiki. Psichologinės gerovės pasiskirstymas pasitikėjimo gydytoju grupėse pavaizduotas 19 paveikslėlyje.

19 pav. Psichologinė gerovė skirtingose pasitikėjimo gydytoju grupėse.



Analizuojant tiesinius ryšius tarp psichologinės gerovės ir santykio su gydytoju, pastebėta, kad pasitikėjimas gydytoju statistiškai reikšmingai susijęs su geresne psichologine gerove ($p=0,258$; $p=0,007$). Taip pat stebimas statistiškai reikšmingas neigiamas ryšys tarp psichologinės gerovės ir noro, kad būtų ieškoma daugiau alternatyvių gydymo metodų bei moterų atsakomybės už gydymą prisiėmimą sau. Detalios psichologinės gerovės sąsajos su santykiais su gydytoju bei gydymo patirtimi pateikiama 22 lentelėje.

22 lentelė. Psichologinė gerovė ir santykis su gydytoju bei gydymu.

		Gydymosi trukmė	Gydytojų skaičius	Pagalbinių apvaisinimų skaičius	Nesėkmingų nėštumų skaičius	Tikiu ir pasitikiu savo gydytoju	Jaučiuosi turinti pakankamai teisės spresti	Norėčiau, kad būtų ieškoma alternatyvių gyd. metodų	Visa atsakomybė u-gydymą tenka man
LPGS_O	Koreliacijos k. (ρ)	0,039	-0,100	0,069	-0,069	0,279	-0,067	-0,200	-0,318
	Patikimumas (p)	0,690	0,304	0,473	0,478	0,003	0,489	0,038	0,001
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PPL	Koreliacijos k. (ρ)	-0,002	-0,072	0,011	-0,029	0,137	0,056	-0,100	-0,045
	Patikimumas (p)	0,984	0,461	0,907	0,767	0,155	0,560	0,302	0,640
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_NE	Koreliacijos k. (ρ)	0,087	-0,111	0,105	0,015	0,142	-0,155	-0,203	-0,421
	Patikimumas (p)	0,370	0,254	.276	0,877	0,142	0,108	0,035	<0,00
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PSSA	Koreliacijos k. (ρ)	-0,056	-0,011	-0,033	-0,093	0,328	-0,055	-0,149	-0,256
	Patikimumas (p)	0,562	0,913	0,736	0,334	<0,001	0,571	0,124	0,007
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PTS	Koreliacijos k. (ρ)	0,132	-0,011	0,108	0,013	0,033	-0,066	-0,041	-0,210
	Patikimumas (p)	0,173	0,908	0,265	0,895	0,731	0,495	0,672	0,028
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PFS	Koreliacijos k. (ρ)	0,072	-0,046	0,164	0,028	0,213	-0,020	-0,020	-0,335
	Patikimumas (p)	0,455	0,637	0,088	0,775	0,026	0,836	0,835	<0,001
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PD	Koreliacijos k. (ρ)	0,097	-0,050	0,068	-0,079	0,119	0,162	-0,088	-0,118
	Patikimumas (p)	0,315	0,606	0,481	0,415	0,219	0,091	0,366	0,221
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_PGL	Koreliacijos k. (ρ)	-0,032	0,046	0,006	-0,164	0,220	-0,085	-0,174	-0,104
	Patikimumas (p)	0,743	0,638	0,951	0,088	0,022	0,381	0,072	0,280
	N	109	107	109	109	109	109	108	109
LPGS_B	Koreliacijos k. (ρ)	-0,002	-0,115	0,047	-0,099	0,258	-0,098	-0,212	-0,338
	Patikimumas (p)	0,985	0,238	0,626	0,304	0,007	0,310	0,027	<0,001
	N	109	107	109	109	109	109	108	109

Taigi siekiant apibendrinti kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinę gerovę ir jos prognostinius veiksnius buvo atlikta daugiaveiksnė tiesinė regresinė analizė. Į modelį remiantis dvimatės analizės rezultatais bei VIF koeficientais, buvo įtraukti šie, nepriklausomi veiksniai: amžius, išsilavinimas, palaikymas iš tą patį išgyvenančių žmonių, pasitikėjimas gydytoju ir atsakomybės už gydymą prisiėmimas. Remiantis daugiaveiksnės tiesinės regresinės analizės nestandartizuotu β koeficientu, galima daryti išvadą, kad iš visų prieš tai paminėtų į modelį įtrauktų nepriklausomų veiksnių išsilavinimas buvo labiausiai susijęs ($\beta=2,217$, $p=0,003$) su psichologine gerove (žr. 23 lentelę). Statistiškai patikimai psichologinę gerovę šiame modelyje prognozuoja ir atsakomybės už gydymą prisiėmimas ($\beta=-1,402$; $p=0,001$), parama ir palaikymas iš tą patį išgyvenančių žmonių ($\beta=-1,229$; $p=0,004$) ir pasitikėjimas gydytoju ($\beta=1,209$; $p=0,029$).

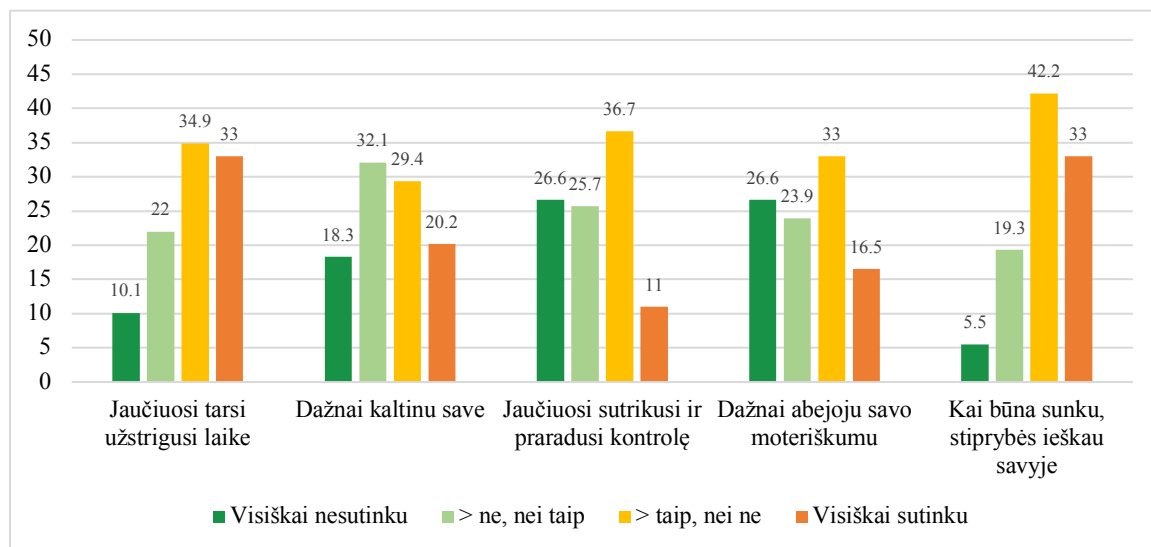
23 lentelė. *Psichologinė gerovė: diaugiveiksnės tiesinės regresinės analizės modelis.*

	β	p	VIF
Amžius	-0,059	0,748	1,032
Išsilavinimas	2,217	0,003	1,034
Palaikymas iš tų patį išgyvenančių žmonių	-1,229	0,004	1,010
Pasitikėjimas gydytoju	1,209	0,029	1,021
Atsakomybės už gydymą prisiėmimas	-1,402	0,001	1,017

3.4. Moterų santykis su savimi, nesėkmingai bandant susilaukti kūdikio

Vertinant moterų santykį su savimi pastebėta, kad didesnioji dalis moterų jaučiasi tarsi užstrigusios laike ir yra linkusios stiprybės ieškoti savyje. Nors kokybiniame tyrime moterys daug kalbėjo apie kaltę ir kontrolės praradimą, tačiau visoje tiriamųjų imtyje šios savybės taip stipriai neišsiskyrė. Santykio su savimi vertinimo pasiskirstymas pateikiamas 20 paveikslėlyje.

20 pav. *Santykis su savimi, susidūrus su nevaisingumu.*



3.4.1. Specifiniai situaciniai fenomeno apibrėžimai

Šioje darbo dalyje bus pateikiami kiekvienos tyrimo dalyvės specifiniai situaciniai fenomeno apibrėžimai. Siekiant juos iliustruoti, pradžioje bus trumpai pristatoma pati tyrimo dalyvė, trumpa jos nevaisingumo istorija bei interviu metu papasakota situacija apie susidūrimą su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio. Situacijos trumpai aprašomos remiantis originaliomis moterų citatomis, išlaikant konfidencialumą ir anonimiškumą.

3.4.1.1. Jurintos situacinis fenomeno patyrimas ir apibrėžimas

Jurintos fenomeno patyrimas.

Jurintai 30 metų, jiedu su vyru vaikelio susilaukti bando jau daugiau nei ketverius metus, o pas gydytojus su pertraukomis lankosi beveik trejus metus. Tyrimo metu pora ruošėsi pagalbinio apvaisinimo procedūrai. Bandydama susilaukti kūdikio moteris yra patyrusi ir stimuliacijas, kurių metu buvo planuojami lytiniai santykiai, ir turėjusi inseminacijų ir išmėginusi pagalbinį apvaisinimą mėgintuvėlyje.

Paprašius Jurintos prisiminti situaciją ar įvykį, kada ji ryškiausiai susidūrė su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio jai pirmiausia kilo prisiminimas apie pirmąją jos su nevaisingumu susijusią procedūrą – laparoskopiją – bei po jos prasidėjusias mėnesines, kurios tarsi parbloškė į realybę, sudaužė susikurtas viltis ir privertė suvokti, kad susilaukti vaikelio bus kur kas sunkiau, nei pora galvojo iš pradžių (*Tai turbūt buvo po tos laparoskopijos, nes čia vat buvo toksai, kad jau jau, nes aš.... kažkaip negalvoji, kad iškart reikės to pagalbinio to apvaisinimo, bet tada aš atsimenu, kada buvo tas pirmas ciklas laparoskopijos ir vat prasidėjo mėnesinės, ir tada aš turbūt sunkiausiai išgyvenau emociškai.*). Moteriai taip pat iškilo ir vėlesnis labai ryškus susidūrimas su savimi, kai pastoję Jurintos vyro sesuo, kuri tarsi mėgindama apsaugoti porą nuo skaudžių išgyvenimų slėpė savo nėštumą, tačiau toks poros išskyrimas iš kitų tik įskaudino ir tarsi nutraukė vidinius saitus su, pasidarė labai sunku bendrauti (*Man buvo visiškai nesuvokiama ką jinai daro, kodėl jinai tai daro. Mane žiauriai įskaudino, žiauriai įskaudino. Mes iki to laiko labai daug bendravom, ir atvažiuodavo dažnai, ir dabar atvažiuoja, jos vaiko krikšto tėvai esam, bet aš negaliu su ja bendrauti, negaliu. Aš žinau, kad turiu jai vieną dieną tai pasakyti, bet...*)

Jurintos specifinis situacinis fenomeno apibrėžimas:

Jurintai susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio yra tarsi akistata su realybe [1, 2, 5, 7, 50, 54] pasireiškianti per nesėkmingas medicininės procedūras [1, 2, 5, 42, 45, 47, 49, 50, 54], kurių metu moteris suvokia, kad tai rimta problema, rimtesnė, nei ji anksčiau galvojo [2, 42] bei sudėtingėjančius santykius su besilaukiančiomis moterimis [5,16]. Labiausiai emociškai paliečiančiose situacijose tarsi yra sudaužomos viltys [49, 52] ir nutraukiami vidiniai saitai [13, 15, 19, 21, 35] su tikėjimu medicina [48], savimi, gydytojais ir artimaisiais, kurie neišgirsta ir nesupranta [24, 27], kurie norėdami apsaugoti, išduoda [18, 22, 24, 27, 30, 31, 39, 41] ir įskaudina [13, 18], nesąmoningai atstumia [13, 18, 41] ir išskiria iš kitų [10, 11, 28, 29, 33, 35, 36, 41], tarsi išstumia iš nėštumo temos [10, 18, 35, 36]. Ir tada tiesiog nebežinai kaip elgtis [33, 34, 35], tiesiog norisi nebūti kitokia, nebūti išskiriama [4, 9, 28]. Tokios patirtys sukelia neigiamus nevaisingumo jausmus: pyktį [13, 22, 24, 25, 26, 38, 39, 40, 59], pavydą [16, 17, 40] ir beviltiškumą [3, 38, 40, 43, 45, 50], baimę, kad niekada nepasiseks [46, 48, 49]. Tai palaužia ir pažeista iki pat šaknų [50, 52],

primena, kad nevaisingumas visada šalia [55, 56, 58], kad tai tarsi vieša paslaptis [6], kaip yda [41] ar problema [55, 58], kurios negali kontroliuoti. Tokiose situacijose su savo nevaisingumu lieki vienas [8] ir kad ir kaip skaudu bebūtų, vienintelis būdas išsilaivinti – atskleisti save [12, 14, 20, 23, 27, 32, 34, 37, 44, 56, 59, 60, 61, 62, 63]. Tai ilgai trunkantys išgyvenimai [53], atveriantys žaizdas, kurių negydo laikas [15], lydimi nepilnumo jausmo [5], nuolatiniu atsakymų ieškojimu [44], derybų su kalte [44], pagalbinio apvaisinimo baimės [2, 46] ir būtinybės taupyti pinigus [57]. Tokiose situacijose, kai esi palaužtas iki pat savo šaknų, sugrįžti prie savo paties pradžios ir emociniu inkaru bei uostu teikiančiu saugumą tampa mama [51].

3.4.1.2. Arūnės situacinis fenomeno apibrėžimas

Arūnės fenomeno patyrimas.

Arūnei 28 metai. Su vyru moteris gyvena santuokoje jau 6 metus, vaikelio susilaukti mėginta trejus metus. Pas gydytojus dėl nevaisingumo moteris lankosi apie pusę metų. Tyrimo metu pora planavo pradėti stimuliacijas ir pasiruošimą inseminacijai, tačiau kelias savaites iki interviu moteris sužinojo, kad poros planas stimuliacijoms ir inseminacijai turės būti atidėtas dėl jos sveikatos pablogėjimo.

Paprašius Arūnės prisiminti situaciją ar įvykį, kada ji ryškiausiai susidūrė su savimi kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, moteris prisiminė, kad tie momentai buvo keli. Pirmą kartą ji susidūrė su savimi, kai jai ruošiantis išvykai netikėtai prasidėjo mėnesinės. Moteris tarsi prisimena jautusi nėštumo simptomus, todėl neįprastos ir ne laiku atėjusios mėnesinės jai sukėlė nerimą, o gydytojai nepaneigus, kad tai buvo persileidimas Arūnę apėmė jausmas, kad „ir vėl nepavyko“, tai buvo stipriausias moters suvokimas ir jausmas, kad nepavyko... Arūnė prisimena, kad iki to momento, ji niekada netapatino savęs kaip tos, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, ji jautėsi tarsi judanti pirmyn (*Man atrodė, kad tai yra techninis darbas ir tu negalvoji apie save, kaip apie moterį, kuri negali susilaukti vaikelio, nes tu eini, darai, ir tu tikiesi. Tai nėra tokios minties galvoj, kad tu esi ta, kuriai nepavyksta. Tai vienas momentas, pirmas turbūt, kuris buvo labiausiai mane į dugną nunešęs...*). Tačiau stipriausiai palietęs susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio Arūnei buvo, kai jau ketvirtas gydytojas nevyniodamas žodžių į vatą patvirtino, kad porai natūraliai susilaukti vaikelio nepavyks. Tokia gydytojo išvada tarsi sudaužė paskutines moters viltis (*Dar ten tas persileidimas, sakykim, buvo tokia mintis, kad nepavyksta, bet buvo viltis. O kai pasakė gydytojas, tai man atrodė, kad nebėra vilties. Ir nu ir tada turbūt atėjo aiškiausias suvokimas, kad nebus kito būdo...*). Šis susidūrimas labiausiai palaužė moterį (*Vaizdinys iškyla labai paprastas: tai buvo vakaras, buvo žiema, tai anksti temo <...> ir mes išėjom iš konsultacijos ir įėjom į tokią naktį <...> buvo eismas pasibaigęs ir pirmas vaizdinys, kuris man kyla į galvą, tai: aš, mašinoj, susisukus į savo paltą didelį ir verkiu taip, kad atrodo, kad degina ašaros*

skruostus, nu odą. Man iš tikrųjų buvo tas jausmas, kuris man būna, kai yra labai sunkios situacijos, pvz., sužinojus apie netektį artimo žmogaus, man būna pirminė reakcija – bėgti. Noras bėgti, tiesiai, bet kur, bet kaip, neatsisukant. Ir toks jausmas, kad viduj kažkas įkišo pirštus, bet taip stipriai įkišo pirštus ir plėšia tau viską į šonus. Ta prasme nori tau praskirti kažką, ir skausmas yra vat būtent toj krūtinės srity, toks jausmas, kad sulaužo kaulus, rankas kišant ir praplečiant kaulus.).

Arūnės specifinis situacinis fenomeno apibrėžimas:

Susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio Arūnei yra daugialypė patirtis [1], kurią sunku priimti [13], kurioje išsiskiria jos kaip profesionalios savo srities specialistės vaidmenys [39]. Moteriai tai „į dugną nunešantis“ [4] susidūrimas su realybe [8, 9, 10, 11, 15, 35, 42, 43, 48], kurį patvirtina susidūrimai su gydytoju [7, 8, 10, 14, 35, 36]. Iš pradžių atrodo, kad tai tik priežasčių ieškojimas [40], medicininiai tyrimai [2], planas ir „techninis darbas“ [2] ir moteris jaučiasi saugi bei turinti vilties [3, 40, 41, 61]. Tačiau peržengus tyrimų slenkstį, vien mintis apie medicininių intervencijų pagalbiniam apvaisinimui poreikį kelia neapsakomą baimę [9, 31, 32, 33, 34]. Susidūrus su nesėkmėmis po įdėtų pastangų [4, 7] sudūžta viltys [14, 43, 62], užlieja vidinis skausmas [16, 18, 19, 51] ir „ašarų pakalnės“ [13] bei apima „noras bėgti“ [17]. Negalėjimas susilaukti kūdikio tai netektis [17], priverčianti atsiriboti [53]. Tai netikėta [5] bei neįprastai pasireiškianti [6] patirtis, kurią suvokus viskas prieš ją nublinksta [38, 39]. Norėdama save apsaugoti moteris stengiasi kontroliuoti kylančius jausmus [50, 51, 52], dėvėti socialines kaukes [12, 49, 50], tačiau tai pareikalauja pernelyg daug jėgų, dėl to ji tampa pasyvi [53], jaučia emocinį ir fizinį išsekimą [53]. Arūnės susidūrimus su savo nevaisingumu paprastai lydi vidiniai konfliktai [46], nusivylimas [25, 26] ir pyktis [24], įtampą kelia pačios Arūnės ir aplinkinių lūkesčių išsiskyrimas jos atžvilgiu bei spaudimas [27, 38, 45, 46]. Tačiau stipriausias jos patyrimas yra kaltės jausmas, kad anksčiau neleido sau pagalvoti apie galimybę susilaukti vaikų [11, 20, 21, 23, 24, 29, 30, 36, 37, 44, 46, 47, 51, 54, 55, 62]. Bandymai judėti pirmyn yra lydimi skaudžių išgyvenimų, kuriuos ji vertina kaip bausmes [57, 58, 59, 60, 61, 62, 63] už gyvenimą „iš inercijos“ [23, 28, 64], už neteisingus praeities sprendimus [36, 37, 44, 47, 56, 62], už savęs investavimą ne į tuos dalykus, kurie svarbūs [22, 23]. Šiame sudėtingame kelyje moters ramsčiu tampa mama [6].

3.4.1.3. Samantos situacinis fenomeno apibrėžimas

Samantos fenomeno patyrimas.

Samantai 31 metai. Ji gyvena santuokoje su vyru ir vaikelio susilaukti mėgina jau du metus. Tyrimo metu moteris buvo tik pradėjusi savo nevaisingumo gydymą ir su vyru apsilankiusi tik pirmoje vaisingumo specialisto konsultacijoje. Samantos nevaisingumo patyrimas yra išskirtinis tuo, kad ji jau buvo prisilietusi prie nevaisingumo temos, kai Lietuvoje buvo svarstomas pagalbinio

apvaisinimo įstatymas, ji kalbino su nevaisingumu susidūrusias poras ir ruošė straipsnius apie jų išgyvenimus bei sėkmės istorijas.

Moters paprašius prisiminti situaciją, kurioje ji susidūrė su savimi kaip moterimis, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, ji pasakė, kad vienos situacijos prisiminti negali, kad jos savęs patyrimas susideda iš daug smulkių situacijų, kurios paliečia emociškai. Moteris pastebi, kad susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta, sustiprėja, kai kažkas iš poros draugų ar pažįstamų rato pasako, kad laukiasi arba po pasibuvimų su mažamečiais vaikais (*Taip tarsi suskausta, toksai nu tas liūdesys būna, kad paskui pabuvus ten kažkur tarp tų vaikų ypač mažų, grįžti ir toksai nu yra tų minčių tada kyla, vėl ten pradėti kažkaip galvoti labiau tas, nu nes kiekvieną dieną negalvoji apie tai...*). Ypatingai ryškiai ir skaudžiai Samanta pajunta susidūrimą su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, kai patiria aplinkinių spaudimą, kuris sukelia daugybę neigiamų jausmų ir priverčia moterį jaustis nepilnaverte (Iš tokio spaudimo, iš aplinkos, <...> nes ne tai kad paklausia, bet perša tą nuomonę „*jum jau reikia*“, <...> toks ateina tarsi iš aplinkos, toks kažkoks, tokia reakcija, kad *čia blogai, čia mes kažkokie nepilnaverčiai*). Tokie susidūrimai apsunkina bendravimą, paskatina vengti kontaktų ir nesidalinti savo jausmais, kartu pažadindami neigiamus nevaisingumo jausmus.

Samantos specifinis situacinis fenomeno apibrėžimas:

Samantai susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio – daugialypė patirtis [2, 94, 95], kuri iš pradžių neišsigandina [31], būna lengva [3], kantriai lauki [15, 93], nes žinai, kad darai viską, ką gali [10, 29, 93]. Tačiau ilgas atsakymų nežinojimas [11] kelia nerimą [10], prarastos kontrolės jausmą [8, 10, 11, 102]. Ryškiausius susidūrimus su savimi moteris junta santykių su besilaukiančiomis draugėmis [2, 3] bei šeimomis turinčiomis mažamečių vaikų [2, 13, 24, 60]. Jai būna skaudu matyti kitų laimę [16], ypatingai skaudina, kai žmonės tarsi nevertina įvykusio stebuklo [63, 64, 67, 68, 69, 76, 77, 78, 79]. Tokie susidūrimai apsunkina bendravimą [59, 63, 72, 74], paskatina vengti susitikimų [58, 59], nesidalinti savo jausmais [25, 54]. Tai paliečia emociškai [3, 6, 7, 12, 75, 94, 95, 98, 99, 100, 107], sukelia vidinį skausmą [4, 12, 60, 100, 102], neteisybės jausmą ir klausimą „kodėl ne mums?“ [4, 65, 67, 68, 75, 77]. Visa tai pabudina savo kaltės ieškojimą ir kelia klausimą „ką darom blogai?“ [21, 27, 41, 84, 106, 109, 111]. Galvoje kyla minčių chaosas [13, 14, 21, 23, 24, 83, 106, 107], prisimenama „emocinė našta“ apie kurią kasdien negalvoji [14, 15, 23]. Tai prislegia ilgam [69, 95], kelia neviltį [95], pasimetimą [95], skatina pasyvumą [95] ir liūdesį [12, 100, 102]. Labiausiai skaudina juntamas aplinkinių kišimasis, skaudinančios, žeidžiančios ir pykdančios nuostatos, bei spaudimas [18, 26, 36, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 56, 58, 80, 100, 101, 112]. Dėl to kyla nepilnavertiškumo jausmas [17, 18, 20], nors viduje savo šeimos nelaikais kitokia [20]. Toks išskyrimas iš kitų tarpo skaudina [66, 70, 71, 73, 74]. Susidūrus su realybe [74] ir suvokus, kad vaikelio susilaukti bus sudėtingiau, nei manė iš pradžių [81, 82, 83] ateina

supratimas, jog turi gyventi taip, kad gerai jautumeisi [93], tačiau tam reikia laiko [106, 107], todėl dirbti su savimi [25, 41, 99, 102, 106, 111], mokaisi natūraliai priimti nevaisingumą nuolatos [95, 98] lydinčius neigiamus jausmus [75, 112], juos atpažinti savyje, analizuoti [8, 41, 84, 106, 109, 110] ir racionalizuoti [6, 7, 8, 19, 27, 37, 38, 40, 41, 56, 84, 94, 106, 107] bei atskleisti kitiems, kai tai reikalinga [103, 104, 105, 106, 108, 109, 110]. Ieškai atsakymų ir sprendimų [6, 21, 22, 27, 28, 84, 85, 86, 88, 89, 92], kurie teikia ramybės, saugumo ir kontrolės jausmą, stengiesi judėti pirmyn [88, 89, 90, 91, 92, 93]. Pakeitusi požiūrį moteris pastebėjo, kad bendravimas su nėščiosiomis ir poromis turinčiomis mažamečių vaikų priklauso nuo santykio [61, 63] ir nėra sudėtingas, kai pora neišskiriama iš kitų ir jų nevaisingumas nėra komentuojamas [39, 61, 62, 112], kad nuo aplinkinių replikų išlaisvina kalbėjimas apie nevaisingumą kaip egzistuojantį fenomeną [49, 55]. Nuo „emocinės duobės“ ją apsaugojo žinios, palaikė išankstinis prisilietimas prie kitų moterų nevaisingumo istorijų [5, 32, 42, 43, 44, 45, 57, 94, 96, 97] ir tikėjimas medicina [47]. Stiprybės teikė bendrumo su kitomis moterimis jausmas [87], suvokimas, kad tai šeimos problema [39]. Stiprino įsisąmoninimas, kad nevaisingumas nėra bausmė, o tik liga ar sutrikimas, kuriam reikia gydymo ir pagalbos [34, 36, 37, 38, 44]. Susidūrusi su nevaisingumu Samanta drąsiai sako, kad paliesta nevaisingumo moteris visiems yra skirtinga [30], tačiau niekuo nesiskiria nuo kitų, tik susiduria su sunkumais [33], į kuriuos reakcija priklauso nuo jos asmenybės [35].

3.4.1.4. Lijanos situacinis fenomeno apibrėžimas

Lijanos fenomeno patyrimas.

Lijanai 44 metai, ji gyvena santuokoje su vyru. Vaikelio bando susilaukti apie penkerius metus. Pas gydytojus dėl nevaisingumo pirmą kartą apsilankė maždaug prieš trejus su puse metų. Tačiau siūloma gydymo strategija porai buvo nepriimtina, todėl jie gydymo net nepradėjo. Tyrimo metu pora buvo pasirinkusi gydytis ne tokiu agresyviu, naprotechnologijomis grįstu metodu ir pas specialistus nepertraukiamai jau lankėsi antrus metus.

Paprašius prisiminti ryškiausią susidūrimą su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, Lijana prisiminė Kalėdinę vakaronę ir draugės palinkėjimą (*Kažkaip jinai taip iš pradžių lygtai sako: „aš tau linkiu tu žinai pati ko.“*). Šioje situacijoje moteriai kilo daugybė įvairiausių prieštaringų jausmų. Ji pajuto skausmą, didžiulį pyktį ir norą, kad draugė pagaliau išdrįstu įvardinti tai, ko linki (*Ir aš lygtai supratau, bet sakau, „nu ne, tu man pasakyk.“ Jeigu labai norėsi, galvoju, tai pasakyk. Ir per kelis kartus jinai kai pasakė, tada ir apsiverkiau, bet kas tuomet vyko, žinokit... Gal iš beviltiškumo, nežinau...)*, kad pagaliau nebeliktų apsimetinėjimo, netikro noro apsaugoti (*Tai atrodo kaip toksai lyg apsimestinis, nu toksai, nes gali dviprasmiškai suprasti, kitaip suprasti. Ir lyg tausoji mane, lyg netausoji, nu kažkaip taip va.*). Moteris dalijosi, kad susidūrimas su savimi visada pažadina pyktį ir kaltės jausmą ir mintis, kad tai jos kaltė, jog pora negali susilaukti

vaikelio (*Paskutiniu metu pradėjau jausti kaltę, pradėjau jausti pyktį, kad nesusitvarkau su savo kūnu.*).

Lijanos specifinis situacinis fenomeno apibrėžimas:

Lijana susidūrimas su savimi kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, tai netikėtas susidūrimas su realybe ir egzistenciniais klausimais [2, 10, 42, 43 44, 45, 48]. Tai patyrimas, kuris skaudina ir paliečia emociškai [2, 4, 6, 19, 47, 49]. Tai būseną kai nesupranti, kas įvyko [7, 8, 11], kai tiesiog nebegali tvardyti jausmų [2, 4, 6] ir prarandi kontrolę [43]. Visa tai kelia beviltiškumo jausmą [7], kaltę [30, 34, 35] ir vidinį pyktį ant viso pasaulio ir savęs, dėl to, kad nesusitvarkai su savo kūnu [8, 12, 13, 31, 37, 38, 43]. Sunkius jausmus lydi noras, kad visi paliktų ramybėje [16, 17]. Tokius jausmus Lijana dažniausiai pajunta dėl aplinkinių kišimosi į jų šeimos planavimą [1, 5, 6, 14, 43]. Ryškiausia akistata su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti kūdikio Lijanai įvyko prieš Kalėdas, kai draugė šventės metu palinkėjo jai susilaukti vaikelio [1]. Tuomet moteris pajuto kaip stipriai ją skaudina netikras noras apsaugoti [15], kalbėjimas užuolankomis [1, 5, 6, 14, 15], kaip norisi, daiktus vadinti tikrais vardais [8, 14] ir atsakomybę už skausmą perduoti tam, kuris jį ir sukėlė [6]. Tokios patirtys skatina užsisklęsti [18, 21], priešintis spaudimui [36, 39, 40]. Nevaisingumas Lijanai skauda, intymi ir asmeniška tema [22, 49], apie kurią visada sunku ir skaudu kalbėti [49, 50]. Tai sekinanti ir varginanti patirtis [40] nuo kurios kartais norisi atsitraukti, pabėgti pailsėti, [9, 20, 41, 46]. Moteriai stiprybės teikia pasitikėjimas artimaisiais [21, 22] ir bendrumo jausmas su tą patį patiriančiais žmonėmis kai atrodo, kad tave supranta be žodžių [23, 24, 25]. Lijana mano, kad jai lengviau, nei kitiems [3, 26], nes ji realizuoja save kitur ir turi galimybę dalintis savo meile su kitais [3, 26]. Jos siekis turėti vaikų transformavosi į norą dalintis meile [27] ir nėštumo ji nebesiekia desperatiškai [27]. Nors kartais dar jaučia prieštarigus jausmus, tačiau džiaugiasi, kad suvokia ir priima savo emocijas [32] bei keičiasi [33]. Moteris, negalinti susilaukti vaikelio, Lijanai yra sunkiai nusakoma [29], tačiau neabejotinai visokia [28].

3.4.1.5. Neringos situacinis fenomeno patyrimas ir apibrėžimas

Neringos fenomeno patyrimas.

Neringai 34 metai. Su vyru jie kartu jau penkerius metus. Beveik tiek pat laiko jie bando susilaukti vaikelio. Pirmuosius dvejus metus bandė savarankiškai, po to kreipėsi į vaisingumo specialistus. Tačiau po pusantrų metų atsinaujinus Neringos reprodukcinės sveikatos sutrikimams, moteris suprato, kad jai yra nepriimtinas siūlomas gydymas, ir šiuo metu pora pasirinkusi naprotechnologijomis grįstą nevaisingumo gydymo metodą.

Paprašius Neringos prisiminti situaciją ar įvykį, kai ji ryškiausiai susidūrė su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio, moteris prisiminė dieną, kai jai diagnozavo endometriozę. Tai moteriai buvo labai netikėta. Ji niekada negalvojo, kad jai taip gali nutikti (*Nu gal*

kai man diagnozavo tą ligą ir aš nemaniau, kad taip gali būti, nes aš niekad nevartočiau jokių kontraceptikų, aš buvau visiškai sveika, neturėjau jokių nusiskundimų, jokių ginekologinių bėdų. Aš 12 klasė šnekečiau, kad aš turėsiu 4 vaikus, nes man tokios gražios daugiavaikės šeimos, aš tikrai ketinau turėti tuos 4 vaikus. Ir tada tas staigus, nu ta diagnozė ir suvokimas, kad nu tikrai, kad nu tai yra realybė ir kad tas vyksta man, tai vat tą labai stipriai pajutau...). Šis susidūrimas moteriai sukėlė pyktį ir tarsi norą kovoti už save, paskatino veikti, pačiai ieškoti sprendimų ir galimybių, nes gydytojo siūlomas gydymo planas jai buvo nepriimtinas (*Bet jisai manęs netenkina, nes man atrodė, kad nu tiek gydytojas dar galėtų padaryti, aš labai supykau, nu kad jis taip greitai pasiūlė tą dirbtinį apvaisinimą. Ir tada aš pati pradėjau ieškoti būdų.*). Tačiau visa ši kelionė Neringai kėlė daugybę egzistencinių klausimų, šalia bandymo susilaukti vaikelio, ji nuolat ieškojo prasmės savo gyvenime (*Aš jaučiuosi užstrigusi laike. <...> Atrodo, visiems vyksta gyvenimas, o tau nevyksta, jisai stovi. Ir aš pradėjau matyti kaip aš žilstu, ir ateina tokios mintys, kad nu taigi kaip čia aš žila moteris, jau sena nu ir... kažkaip viskas antichronologiška, nelaiku. Nu ir tu suvoki, kad tie senėjimo procesai vyksta, kad tau jau vis arčiau 40 ir kad to laiko vis mažėja. Nu kad nerandi sau vietos kartais, nes man vaikų turėjimas, tai gyvenimo prasmė yra. <...> Aš labai bijau tokios tuštumos ir vienatvės, kad vieną dieną tu gali pajusti, nu čia hipotetinės baimės, kad tuščiai nugyvenai gyvenimą. Man atrodo, kad tuščiai gyvenau gyvenimą, kad aš nieko nenuveikiau. Ir tas prasmės nejautimas, jisai labai labai išvargina.*).

Neringos specifinis situacinis fenomeno apibrėžimas:

Neringai susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio tai stipriai emociškai paliečiantis [3, 11] susidūrimas su realybe per suvokimą, kad tai vyksta su ja [2, 3, 10], ryškiausiai pajustas tada, kai buvo diagnozuota endometrioze [1]. Tuo metu moterį ištiko šokas [2, 41] ir sudužo visos viltys [3]. Nors pirmoji operacija moteriai buvo smalsumą kelianti nauja patirtis [6, 64, 70], kuri teikė daug vilčių [8, 9], nes prognozės buvo geros [9] ir ji pasitikėjo gydytoju [7], tačiau atsinaujinusi liga parodė, kad situacija rimtesnė, nei ji galvojo [10]. Tuomet sudužo ir moters pasitikėjimas gydytojais, pyktį [16] ir nepasitikėjimą kėlė skuboti jų sprendimai [16, 21, 24, 26, 28], abejingumas [42, 43], įsigilino ir dėmesio trūkumas [19, 28, 42, 43] bei alternatyvių gydymo metodų nuvertinimas [31, 38]. Moters netenkino gydymo planas [15], pagalbinis apvaisinimas atrodė kaip didžiulis verslas [20, 30, 33, 40], neturintis teisinės bazės [29, 30]. Gąsdino jo keliama finansinė našta [21, 23] bei mintis, kad tai gydymas be kelio atgal [44]. Todėl gavusi lūkesčių netenkinantį gydytojo veiksmų ir gydymo plano patvirtinimą [14], bei suvokusi, kad nieko nėra neišsprendžiamo [13] tik reikalingos žinios [14], moteris pati pradėjo ieškoti informacijos ir sprendimų [12, 13, 14, 17, 18, 19, 24, 42]. Taip Neringa pateko į forumų kuriamą iliuziją [18], kurioje atrado bendrumo jausmą [48], tačiau suvokė, kad kiekviena situacija yra individuali [45] ir ji negali spręsti apie save pagal kitas [18]. Taip gimė sprendimas rasti gydytoją, kuriuo pasitikės [22, 25, 27]. Tai nuvedė į gydymą paremtą natūralistiniu požiūriu [32] bei pagarba moters kūnui [34]. Šis gydymas

moteriai suteikė atsakymus į visus anksčiau kilusius klausimus [34, 35, 36]. Gydymas įtraukė [32, 34] ir stiprino kontrolės jausmą [35]. Pasitikėjimą kėlė apčiuopiami rezultatai – savijautos pagerėjimas [36, 37]. Neringa mano, kad būtų idealu, jei tradicinės medicinos gydytojai bendradarbiautų su naprotechnologijų specialistais [39]. Neringos akistata su nevaisingumu yra patirtis, susidedanti iš smulkių įvykių [4], kelianti vidinius konfliktus [77], nepilnavertiškumo [56] ir tuščiai nugyvento gyvenimo jausmus [58]. Moteris jaučiasi užstrigusi laike [47, 49, 51], nerandanti sau vietos, prasmės, pašaukimo [52, 59, 60, 61, 84, 88] ir ramybės [88]. Ją lydi jausmas, kad jos gyvenimas „antichronologiškas“ [50], baugina senėjimo procesai [50, 51], lydi įvairios baimės [5, 46, 57, 62, 78, 79, 80, 81, 82] ir abejonės, kad iš viso kas nors gali padėti [76]. Nors savęs nelaiko „svetimų vaikų mylėtoja“ [54, 55], tačiau jos neapleidžia mintis, kad vaikai – gyvenimo prasmė [53] ir jai sunku save apibūdinti kaip moterį, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio [83]. Neringai šeima tai pirmiausia – pora [66], todėl šiuo metu vyrui nepriimtinas įsivaikinimas – svetima mintis ir jai [63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71]. Stiprybės ji semiasi iš tikėjimo [75, 76, 85 86 87] ir nepraranda vilties [72, 73, 74].

3.4.2. Bendras fenomeno apibrėžimas

Bendras fenomeno apibrėžimas buvo formuojamas, apjungiant visus penkis asmeninius tyrimo dalyvių fenomeno apibrėžimus. Pirmiausia, buvo išskirtos bendros pasikartojančios temos, visuose situaciniuose apibrėžimuose bei atskirtos unikalios temos.

Bendros temos:

1. Neigiami nevaisingumo jausmai:
 - a. Pyktis ant savęs, gydytojo ir viso pasaulio [J13, J22, J24, J25, J26, J38, J39, J40, J59, A24, L8, L12, L13, L31, L37, L38, L43, N16]
 - b. Liūdesys [S12, S100, S102]
 - c. Pavydas ir neteisybės jausmas: kyla klausimas „kodėl ne mums?“ [J16, J17, J40, S4, S65, S67, S68, S75, S77]
 - d. Bejėgiškumas [J3, J38, J40, J43, J45, J50, S95, L7]
 - e. Baimė, kad niekada nepasiseks [J46, J48, J49, N5, N57, N62, N78, N79, N80, N81, N82]
 - f. Kaltė [J44, A11, A20, A21, A23, A24, A29, A30, A36, A37, A44, A46, A47, A51, A54, A55, A62, S21, S27, S41, S84, S106, S109, S111, L30, L34, L35]
 - g. Nepilnavertiškumas [J5, S17, S18, S20, N56]
2. Sudėtingėjantys santykiai:

- a. Su artimaisiais, kurie nesupranta, išduoda ir skaudina [J13, J15, J18, J19, J21, J22, J24, J27, J30, J31, J35, J39, J41, S58, S59, S61 S63, S72, S74, L1, L5, L6, L14, L15]
 - b. Su besilaukiančiom moterim [J5, J16, S2, S3]
 - c. Su gydytoju, kuris dažnai abejingas ir nedėmesingas, kuriuo sunku pasitikėti [A7, A8, A10, A14, A35, A36, N16, N19, N21, N22, N25, N27 N24, N26, N28, N42, N43]
 - d. Su šeimomis turinčiomis mažamečių vaikų [S2, S13, S24, S60]
3. Atsakymų ir sprendimų ieškojimas, „daraui viską, ką galiu“ [J44, A40, S6, S7, S8, S10, S19, S21, S22, S27, S28, S29, S37, S38, S40, S41, S56, S84, S84, S85, S86, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S106, S107, N12, N13, N14, N17, N18, N19, N24, N42, N45]
4. Savo jausmų ir išgyvenimų atskleidimo dilema:
 - a. Nenoras atsiskleisti, nes tai asmeniškai, skauda ir intymi tema [A12, A49, A50, A51, A52, S25, S54, L18, L2, L22, L49, L50]
 - b. Skaudinantis, tačiau išlaisvinanti galintis kalbėjimas [J12, J14, J20, J23, J27, J32, J34, J37, J56, J59, J60, J61, J62, J63, S49, S55, S103, S104, S105, S106, S108, S109, S110]
5. Staigus ir skaudus susidūrimas su realybe [J1, J2, J5, J7, J50, J54, A8, A9, A10, A11, A15, A35, A42, A43, A48, S74, L2, L10, L42, L43 L44, L45, L48, N2, N3, N10];
6. Vidinius išgyvenimus keliančios medicininės intervencijos:
 - a. Nepriimtinos ir baimę keliančios procedūros [J2, J46, A2, A9, A31, A32, A33, A34, N15, N20, N30, N33, N40, N44]
 - b. Palaužiančios nesėkmingos procedūros [J1, J2, J5, J42, J45, J47, J49, J50, J54, A4, A7]
7. Įtampą keliantis, skaudinantis ir žeidžiantis aplinkinių spaudimas [A27, A38, A45, A46, S18, S26, S36, S45, S46, S48, S50, S51, S52, S53, S56, S58, S80, S101, S112, L1, L5, L6, L14, L43]
8. Nevaisingumas – nematoma etiketė, išskirianti iš kitų [J4, J9, J10, J11, J13 J18, J28, J29, J33, J35, J36, J41, S39, S61, S62, S66, S70, S71, S73, S74, S112, L15]
9. Vidinis skausmas, „nunešantis į dugną“ [J13, J18, J50, J52, A4, A16, A18, A19, A51, S4, S12, S60, S100, S102, L2, L4, L6, L19, L47, L49, N3, N11]
10. Nuolatos nešama „emocinė našta“ [J55, J56, J58, S3, S6, S7, S12, S75, S94, S95, S98, S99, S100, S107, S112]
11. Priminimas, kad tai rimta problema [J2, J42, J55, J58, S81, S82, S83, N10]
12. Sudužusios viltys [J49, J52, A14, A25, A26, A43, A62, N3]

13. Noras pabėgti, atsiriboti ir atsitraukti nuo kylančių išgyvenimų [A17, A53, L9, L16, L17, L20, L41, L46]
14. Stiprybės teikiantis bendrumo jausmas su kitais, paliestais nevaisingumo [S87, L21, L22, L23, L24, L25, N48]
15. Kol yra planas, tol yra viltis [A3, A40, A41, A61, N72, N73, N74]
16. Ilgai trunkantys išgyvenimai [J15, J53, S69, S95]
17. Prarasta kontrolė [L43, S8, S10, S11, S102]
18. Daugialypė patirtis [A1, S93, S94, S95]
19. Vidiniai konfliktai [A46, N77]
20. Emocinis ir fizinis išsekimas [A53, L40]
21. Pasyvumas [A53, S95]
22. Tikėjimas medicina [J48, S47]
23. Mama, kaip ramstis [J51, A6]

Unikalios temos:

1. Nežinomybė kaip elgtis [J33, J34, J35]
2. Nevaisingumas – bausmė [A57, A58, A59, A60, A61, A62, A63]
3. Nevaisingumas – patvirtinimas, kad praeityje elgėsi neteisingai [A22, A23, A28, A36, A37, A44, A47, A56, A62, A64]
4. Viskas nublinksta šalia nevaisingumo [A38, A39]
5. Apsaugo žinios, išankstinis prisilietimas prie kitų moterų nevaisingumo istorijų [S5, S32, S42, S43, S44, S45, S57, S94, S96, S97]
6. Skaudina kitų nevertinimas to stebuklo (nėštumo), kurį gauna [S63, S64, S67, S68, S69, S76, S77, S78, S79]
7. Suaktyvėja minčių chaosas [S13, S14, S21, S23, S24, S83, S106, S107]
8. Jausmų analizavimas ir darbas su savimi [S8, S25, S41, S84, S99, S102, S106, S109, S110, S111]
9. Nevaisingumas – liga, kuriai reikia gydymo ir pagalbos [S34, S36, S37, S38, S44]
10. Kasdien negalvoji [S14, S15, S23]
11. Sąsajos su buvusia onkologine liga [S8, S41]
12. Atidėliojimas ir nenoras eiti pas gydytojus [S9, S22]
13. Kantrus laukimas pradžioje [S15, S93]
14. Reikia laiko, kad priimtum išgyvenimus [S106, S107]
15. Negali tvardyti jausmų [L2, L4, L6]
16. Priešiškumas spaudimui [L36, L39, L40]
17. Man lengviau, nei kitiems (ypač vyrai) [L3, L26]

18. Realizuoju save kitur, padalinu meilę [L3, L26]
19. Nesupranta, kas įvyko [L7, L8, L11]
20. Noras, daiktus vadinti tikrais vardais [L8, L14]
21. Nerandu sau vietos, prasmės ir pašaukimo gyvenime [N52, N59, N60, N61, N84, N88]
22. Ryšys su vyru: jei jis nesutinka, negaliu eiti tuo keliu [N65, N66, N67, N70, N71]
23. Stiprybės paieškos tikėjime [N75, N76, N85, N86, N87]
24. Įsivaikinimas – svetima mintis [N63, N65, N68, N69]
25. Smalsumas/ Nauja patirtis [N6, N64, N70]
26. Atsakymų suteikimas [N34, N35, N36]
27. Užstrigusi laike [N47, N49, N51]
28. Šokas [N2, N41]
29. Operacija – teikianti vilties [N8, N9]
30. Nepasitikėjimą keliantis alternatyvių gydymo metodų nuvertinimas [N31, N38]
31. Finansinė našta [N21, N23]
32. Pati pradžia, nėra teisinės bazės [N29, N30]
33. Pastiprina įtraukimas į gydymą [N32, N34]
34. Pastiprinantys rezultatai [N36, N37]
35. Bauginantys senėjimo procesai [N50, N51]
36. Nėra „svetimų vaikų mylėtoja“ [N54, N55]

Bendras fenomeno apibrėžimas:

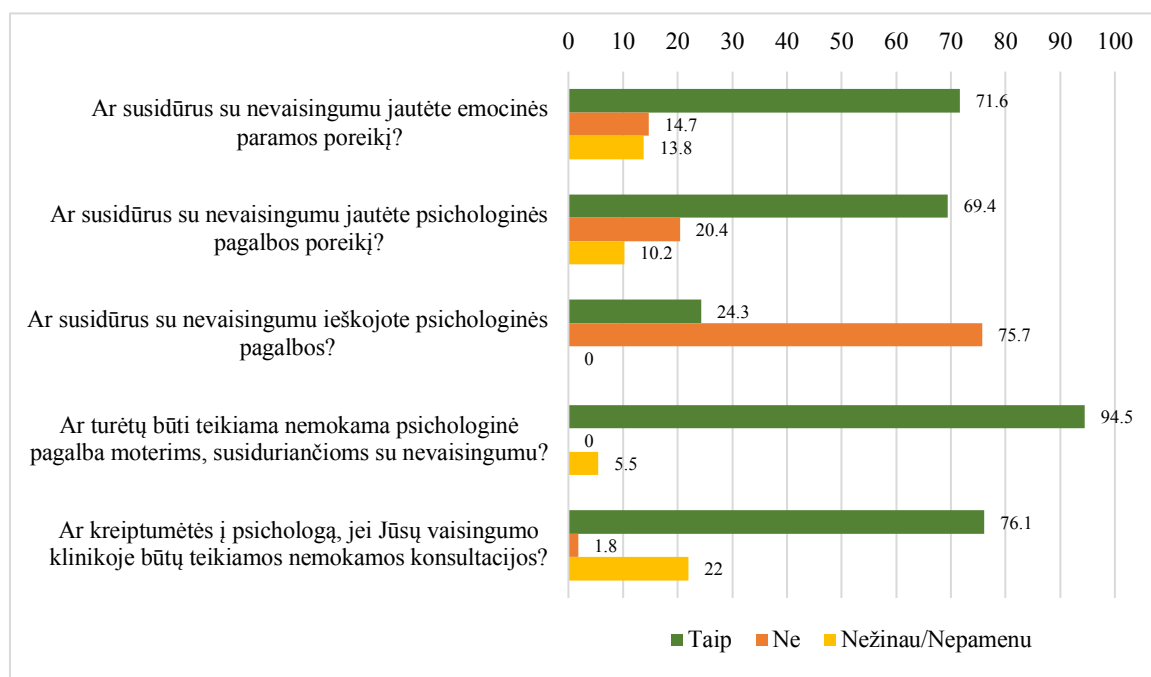
Tyrimo dalyvėms susidūrimas su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio pirmiausia yra susidūrimas su neigiamais nevaisingumo jausimais, tokiais kaip pyktis ant savęs, gydytojo ir viso pasaulio [Jurinta, Arūnė, Lijana, Neringa], liūdesys [Samanta], pavydas ir neteisybės jausmas [Jurinta, Samanta], bejėgiškumas [Jurinta, Lijana], baimė, kad niekada nepasiseks [Jurinta, Neringa], kaltė [Jurinta, Arūnė, Samanta, Lijana] ir nepilnavertiškumo jausmas [Jurinta, Samanta, Neringa], sudėtingėjantys santykiais su artimaisiais [Jurinta, Samanta, Lijana], besilaukiančiomis moterimis [Jurinta, Samanta], gydytoju [Arūnė, Neringa] ir šeimomis, auginančiomis mažamečius vaikus [Samanta], nuolatinis atsakymų ir sprendimų ieškojimas [Jurinta, Samanta, Neringa], savęs atskleidimo dilema, kai atsiskleisti nesinori, nes tai asmeniška, skaudu ir intymu [Arūnė, Samanta, Lijana], bet tik kalbėjimas apie nevaisingumą gali išlaisvinti [Jurinta, Samanta] nuo įtampą keliančio, skaudinančio ir žeidžiančio aplinkinių spaudimo [Arūnė, Samanta, Lijana]. Staigus ir skaudus susidūrimas su realybe [Jurinta, Arūnė, Lijana, Neringa], vidinius išgyvenimus keliančios medicininės intervencijos [Jurinta, Arūnė, Neringa] ir nematoma nevaisingumo priklijuojama etiketė, išskirianti iš kitų [Jurinta, Samanta, Lijana] sugelia vidinį skausmą, kuris kartais tiesiog „nuneša į dugną“ [Jurinta, Arūnė, Samanta, Lijana, Neringa], primena problemos rimtumą [Jurinta, Samanta,

Neringa] ir nuolatos nešamą „emocinę naštą“ [Jurinta, Samanta], sudužusios viltys [Jurinta, Arūnė, Neringa] pažadina norą bėgti, atsiriboti ir atsitraukti nuo kylančių išgyvenimų [Arūnė, Lijana], tačiau stiprybės teikia bendrumo jausmas su kitais, paliestais nevaisingumo [Samanta, Lijana, Neringa] ir kol yra planas, tol yra viltis [Arūnė, Neringa]. Vis tik ilgai trunkantys išgyvenimai [Jurinta, Samanta], prarasta kontrolė [Lijana, Samanta] ir daugialypė patirtis [Arūnė, Samanta] sąlygoja vidinius konfliktus [Arūnė, Neringa], emocinį ir fizinį išsekimą [Arūnė, Lijana] bei pasyvumą [Arūnė, Samanta], todėl belieka tik tikėjimas medicina [Jurinta, Samanta] ir mama, kaip nepalaužiamas ramstis [Jurinta, Arūnė].

3.5. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinės pagalbos poreikiai ir prieinamumas

Įvertinus subjektyvų suvokiamą emocinės ir psichologinės pagalbos poreikį, nustatyta, kad didžioji dalis moterų susidūrusios su nevaisingumu jaučia emocinės paramos ir psichologinės pagalbos poreikį, tačiau tik kas ketvirta nevaisingumo paliesta moteris išdrįsta jos ieškoti. Moterims būdingas įsitikinimas, kad psichologinė pagalba turėtų būti teikiama visoms kūdikio susilaukti negalinčioms moterims ir didžioji dalis jų kreiptųsi konsultacijoms, jei psichologinė pagalba būtų teikiama nemokamai klinikoje, kurioje jos lankosi. Emocinės ir psichologinės pagalbos poreikių išreiškdamas vaizduojamas 21 paveikslėlyje.

21 pav. Emocinės ir psichologinės pagalbos poreikis.



4. APTARIMAS

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė – vidutine. Pirma mintis, kilusi išryškėjus tokiems įverčiams buvo, kad kiekybiniai duomenys siejasi ir su šio tyrimo kokybinės dalies rezultatais. Iš karto iškilo prisiminimai iš interviu, kurių metu tyrimo dalyvės apibūdindamos moteris, susiduriančias su nevaisingumu sakė, kad jos visokios ir niekuo neišsiskiriančios iš kitų, tiesiog susiduriančios su sunkumu, kuriam reikalinga medicininė pagalba. Analizuojant psichologinės gerovės ypatumus kūdikio susilaukti negalinčių moterų imtyje pastebėta, kad aukščiausiai vertinamas yra pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje, bei pasitenkinimas pragyvenimo lygiu, kas iš pirmo žvilgsnio atrodo visiškai nesusiję su nevaisingumu. Tuo tarpu žemiausiais balais buvo vertinamas neigiamas emociingumas, kuris atspindi dažnai patiriamas neigiamas emocijas, nusivylimą ir juntamą įtampą. Tokie rezultatai vėlgi susisieja su šio tyrimo metu suformuotu bendru situaciniu sąvokos, kaip moters patyrimo apibrėžimu, kuriame ryškiausiai atsispindi susidūrimas su neigiamomis emocijomis. Nors tyrime naudoto klausimyno neigiamo emociingumo subskalė tarsi šiek tiek suniveliuoja nevaisingumo keliamų negatyvių jausmų stiprumą, tačiau pastebima, šios subskalės įverčiai buvo mažiausi arba vieni mažiausių visose nepriklausomų kintamųjų grupėse.

Nors daugelis autorių (Ryff, 1991; Ryff, Keyes, 1995; Wells, 2010) nurodo, kad jaunas amžius yra vienas iš pagrindinių aukštą psichologinę gerovę prognozuojančių veiksnių, tačiau šiame tyrime išryškėjo tendencija, kad vyresnio amžiaus moterys pasižymi aukštesniais psichologinės gerovės subkalių įverčiais, išskyrus pasitenkinimo santykiais su artimaisiais subskalėje. Vyresnis amžius statistiškai reikšmingai šioje imtyje siejosi su pasitenkinimu pragyvenimo lygiu bei fizine sveikata. Tokius rezultatus galėjo sąlygoti daugybė įvairiausių socialinių, kultūrinių, laikmečio bei asmenybinių veiksnių, tačiau jei sugrįžti prie specifinės tyrimo imties ir paanalizuoti galimas priežastis susijusias būtent su nevaisingumo patyrimu, pirmiausia kyla sąsaja su medžiaga, gauta šio tyrimo kokybinės dalies. Interviu metu moterys dalijosi, kad labiausiai skaudina susidūrimai su nėščiosiomis ir mažamečiais vaikais bei aplinkinių spaudimas, todėl natūraliai kyla hipotezė, kad galbūt vyresnių moterų aplinkoje lieka mažiau besilaukiančiųjų ir mažamečius auginančių šeimų, taip natūraliai eliminuojant triggerį, o taip pat su laiku galimai pasikeičia ir aplinkinių elgesys, sumažėja spaudimas, tarsi ateina suvokimas, kad ne be priežasties pora neturi vaikų, o galbūt ir pačios moterys labiau atsiskleidžia, priima savo patyrimą ir išdrįsta juo bent šiek tiek pasidalinti, kas taip pat atsiskleidė kokybinėje šio tyrimo dalyje, kur moterys, kalbėdamos apie santykį su savimi, dalijosi kylančia savo jausmų ir išgyvenimų atskleidimo dilema, kuomet beprotiškai skaudu kalbėti apie kylančius jausmus, tačiau ateina suvokimas, kad tik atskleidęs ką išgyveni ir kaip jautiesi galėsi apsaugoti save. Tai patvirtina ir ankstesnių tyrimų rezultatai, kad būtent dalinimasis išgyvenimais ir

partnerystė veikia kaip kylančio streso mažinimo šaltinis (Cserepes, Bugán, Korösi, Toth, Rösner, Strowitzki, Wischmann, 2014).

Nepaisant labai specifinės tyrimo imties, gauti rezultatai patvirtino dar devintajame dešimtmetyje ant bangos mokslo pasaulyje buvusią prielaidą, kad aukštesnė psichologinė gerovė yra susijusi su aukštesniu išsilavinimu. Šio tyrimo rezultatai papildė pirmojo psichologinės gerovės tyrinėtojo ir kolegų (Marmot ir kt., 1998; Marmot ir kt. 1997, Ryff ir kt., 1999) nustatytas psichologinės gerovės ir išsilavinimo sąsajas. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų išsilavinimas statistiškai reikšmingai siejosi su bendru psichologinės gerovės įverčiu, taip pat statistiškai reikšmingai siejosi su optimizmu, pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais bei gyvenimu Lietuvoje, tuo tarpu kitos socialinės – demografinės charakteristikos, tokios kaip gyvenamoji vietovė ir šeiminė padėtis reikšmingų sąsajų su psichologinės gerovės įverčiais neturėjo.

Vertinant klinikinius su nevaisingumu susijusius veiksnius, tokius kaip nevaisingumo trukmė, nevaisingumo tipas, nesėkmingų nėštumų skaičius statistiškai reikšmingų skirtumų neaptiktą, todėl kyla dvi hipotezės: arba LPGS-S nėra pakankamai jautrus specifiniams nevaisingumo išgyvenimams, darantiems įtakos psichologinei gerovei, arba psichologinė gerovė kaip konstruktas yra labai tvarus ir nesėkmingi mėginimai susilaukti vaikelio tiesiog šio konstrukto nepaveikia, arba paveikia tik vieną subkategoriją, kurios įvertis stipriai nepakeičia bendrojo psichologinės gerovės įverčio. Šie tyrimo rezultatai turi sąlyčio taškų su vokiečių tyrėjų grupės (Wischmann ir kt., 2001) rezultatais, teigiančiais, kad su nevaisingumu susiduriančių porų psichologinės gerovės balai nesiskyrė nuo bendros populiacijos, išskyrus tai, kad su nevaisingumu susiduriančios moterys pasižymi aukštesniais depresijos ir nerimo subskalių įverčiais, kas mūsų atliktame tyrime atsispindi per žemus ir labai žemus neigiamo emocingumo balus.

Analizuojant kūdikio susilaukti negalinčių moterų socialinių santykių įtaką psichologinei gerovei nustatyta silpna statistiškai patikima neigiama koreliacija tarp psichologinės gerovės ir palaikymo iš tą patį išgyvenančių žmonių. Daugelis autorių teigia, kad socialinė parama yra labai svarbus apsauginis veiksnys (Putnam, 2000; Bartolini ir kt., 2017; Bárcena-Martín ir kt., 2017; Almakaeva ir kt., 2017; Hamilton ir kt., 2016; Helliwell ir kt., 2014; Puntsher ir kt., 2015; Bernstein, 1971, ir kt.), tačiau šiame tyrime išryškėjo patikimas neigiamas ryšys tarp paramos ir psichologinės gerovės įverčių. Nepaisant to, kad beveik visos tyrimo dalyvės interviu metu kalbėjo apie bendrumo su kitomis poromis ir moterimis svarbą geresnei vidinei savijautai, kiekybiniai duomenys atskleidė, kad kaip tik socialiniai kontaktai su nevaisingumą išgyvenančiais žmonėmis mažina psichologinės gerovės įvertį. Taigi atsitraukus nuo duomenų ir pažvelgus į šį reiškinį praktiškai, kyla mintis, kad parama ir palaikymas iš tą patį išgyvenančių žmonių yra neįkainojamas, kai esi spaudžiamas aplinkos reikalavimų, nuostatų bei stigmų, tačiau šie santykiai kita vertus yra labai ryškus susidūrimas su realybe, tarsi akistata su savo nevaisingumu, kuri gali skaudinti. Tas išryškėjo ir kokybinėje šio

tyrimo dalyje, nes tyrimo dalyvės dalijosi, kad apie nevaisingumą jos negalvoja kasdieną, neiškelia jo į pirmą planą ir tai leidžia normaliai funkcionuoti, neišsiskiriant iš kitų, tačiau susidūrimai su savo sutrikimų visada sukelia neigiamų emocijų bandą, paskatina minčių chaosą, tarsi išmuša iš įprasto gyvenimo ritmo, todėl panašiai gali veikti ir santykis su tą patį išgyvenančiais žmonėmis.

Vertinant su vaisingumu susijusią gyvenimo kokybę nustatyta, kad bendrieji balai yra vidutiniai, o statistiškai reikšmingi ryšiai pastebėti tik su gydymu susijusiose gyvenimo kokybės subskalėse. Įdomu pastebėti, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrų skaičius nėra susijęs su vaisingumu susijusia gyvenimo kokybe, o gimdymų skaičius, t.y. nevaisingumo tipas teigimai koreliuoja tik su gydymo toleravimo subskale. Taigi šie tyrimo rezultatai prieštarauja kai kurių autorių pateikiamoms išvadoms, kad nevaisingumas neigiamai paveikia gyvenimo kokybę (Luk, Loke, 2014). Atlikto tyrimo rezultatai tarsi siūlo patikslinimus, kad labiausiai paveikiama gyvenimo kokybės sritis yra susijusi su gydymu, jo aplinkos priimtinumu bei toleravimu, o bendroji gyvenimo kokybė apimanti emocinę, poros santykių, socialinių ryšių bei kūno – minčių, t.y. fizinių ir kognityvinių nevaisingumo pasekmių, sritis nėra paliečiama taip stipriai, kuriuos aprašę yra ir kiti tyrėjai, naudoję specifinį FertiQoL su vaisingumu susijusios gyvenimo kokybės klausimyną (Jahromi, 2018; Sut, Kaplan, 2014)

Išanalizavus kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinės gerovės sąsajas su gydymo patirtimi pastebėta, kad gydymosi trukmė statistiškai reikšmingai siejosi su bendrais psichologinės gerovės įverčiais bei optimizmu, pasitenkinimu tarpasmeniniais santykiais ir fizine sveikata. Atidžiau įsižiūrėjus yra pastebima tendencija, kad psichologinės gerovės įverčiai grupėse kyla nuo iki trečių – ketvirtų gydymosi metų, tame laikotarpyje krenta iki žemiausios viso nevaisingumo patyrimo metu ir po to vėl pradeda kilti. Tokia tendencija pirmiausia susisiejo su bakalauro darbe išryškėjusiu „amerikietiško kalnelio“ fenomenu nevaisingumo patyrimo (Sabaitytė, Žemaitienė, 2016) bei su šiame darbe kokybiniuose duomenyse atsiskleidusiais rezultatais, kad moterys nuolatos negyvena užvaldytos minties apie nevaisingumą, jos savo gyvenimą pasakoja su pakilimas ir nuosmukiais, todėl būtų labai įdomu detaliau patyrinti, kas įvyksta tai trečiais – ketvirtais gydymo metais ir ar ši psichologinės gerovės duobė yra atsitiktinė, susijusi su maža šio tyrimo imtimi, ar vis tik turinti priežastį, nes kituose tyrimuose analizuojančiuose tik gyvenimo kokybę susijusią su nevaisingumu, tiek psichologinę gerovę įvairiose imtyse tokių tendencijų nepastebėta.

Vertinant kitus su gydymu susijusius veiksnius bei jų ryšius su psichologine gerove, statistiškai reikšmingai su psichologine gerove yra susijęs pasitikėjimas gydytoju ir atsakomybės už gydymą prisiėmimas, skirtumų tarp psichologinės gerovės ir gydymosi situacijos, t.y. ar moterys šiuo metu aktyviai lankosi pas vaisingume specialistus, ar ne ir gydymo etapo nepastebėta. Tačiau išryškėjo tendencija, kad, moterys, gaunančios aktyvų gydymo metodą, kuomet yra taikomos medicininės intervencijos pasižymi aukštesne psichologine gerove, nei tos moterys, kurių gydymas

apsiriboja konsultacijomis, kuomet yra atliekami tyrimai, šalinamos gretutinės sveikatos problemos, planuojami lytiniai santykiai, ar pasitelkiami kiti gydyme metodai, išskyrus tiesiogiai su nevaisingumo gydymu siejamas inseminacijas ir pagalbinius apvaisinimus mėgintuvėlyje. Tokie rezultatai atrodo susiję su kokybinėje tyrimo dalyje gauta informacija apie tai, kad norint geriau jaustis, moterims reikia nuolatos judėti pirmyn, jausti, kad jos daro viską, ką gali, kad susilauktų vaikelio, nes laukimas ir nežinomybė tiesiog varo iš proto. Pastebėta, visose psichologinės gerovės subskalėse aukščiausiai balais pasižymėjo moterys, kurioms yra atliekamas pagalbinis apvaisinimas mėgintuvėlyje. Viena vertus, šie rezultatai patvirtina kitų tyrėjų teiginį, kad svarbiausiu aukštą psichologinę gerovę prognozuojančiu veiksniu yra laikomas nuolatinis judėjimas pirmyn (Panahi ir kt., 2016), kita vertus tokie rezultatai kelia nedidelę priešpriešą su kokybiniais šio tyrimo rezultatais. Daugelis kokybinėje tyrimo dalyje dalyvavusių moterų pagalbinį apvaisinimą mėgintuvėlyje laikė bauginančiu ir nepriimtinu, išsakė vidinius barjerus neleidžiančius priimti minties, kad toks gydymas gali būti reikalingas. Atsižvelgiant į šią priešpriešą kyla hipotezė, kad pasiryžimas pagalbiniam apvaisinimui galimai yra susijęs su savo nevaisingumo priėmimu, todėl šios grupės ir psichologinė gerovė yra aukštesnė. Svarbu paminėti, kad daugelyje nevaisingumo tyrimu šiuo metu yra tyrinėjamos nesėkmingų pagalbinio apvaisinimo procedūrų pasekmės ar gyvenimo kokybės bei psichologinės gerovės sąsajos su nesėkmingų procedūrų skaičiumi (Sut, Kaplan, 2015; Jahromi ir kt., 2018), o etapas, kai moteris „eina“ per pagalbinio apvaisinimo procedūrą yra mažai tyrinėtas ir tikrai galėtų būti ateities tyrimų sritimi, galimai atskleidžiančia emocinius sunkumus ir vidinius barjerus, stabdančius priimti pagalbinį apvaisinimą bei vėliau išgyvenimus laukiant sėkmingo nėštumo.

Dar viena labai įdomi psichologinės gerovės ir gydymosi veiksnių sąsaja išryškėjo vertinant psichologinę gerovę pagal gydytojų skaičių. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp gydytojų skaičiaus psichologinės gerovės, tačiau pastebima, kad jis nėra tiesinis. Analizuojant subskalių vidurkius išryškėja tendencija, kad aukščiausia psichologine gerove pasižymi moterys, besilankančios pas pirmąjį savo vaisingumo specialistą, o žemiausia – gydymo nepradėjusios moterys. Šie rezultatai atspindi ir psichologinės gerovės sąsajomis su pasitikėjimu gydytoju bei ankstesniame kokybiniame tyrime (Sabaitytė, Žemaitienė) išryškėjusiu santykiu su gydytoju bei jo kaita. Ankstesniame tyrime moterys teigė, kad pradėjusios lankytis pas gydytojus jautė pasitikėjimą ir visiškai atsidavė, tačiau ilgainiui pradėjo stigti individualaus dėmesio, įtraukimo į gydymo procesą, kas išryškėjo ir šio tyrimo kokinėje dalyje.

Tuo tarpu vertinant kokybinėje dalyje išryškėjusias patyrimo ypatumų sąsajas su literatūra pastebima, kad ir šiame tyrime ir kitų autorių atliktuose tyrimuose didžioji dalis kūdikio susilaukti negalinčių moterų, susiduria su skausmu, pykčiu, giliu liūdesiu ir kalte (Dyer ir kt., 2002). Kaip ir kai kuriuose kituose moksliniuose tyrimuose, taip ir šiame tyrime išryškėjo, kad su nevaisingumu susiduriančios moterys jaučia nepilnavertiškumą bei pyktį ir liūdesį, tačiau pagrindinė jo priežastis

nėra baimė, kad „gyvybės grandinė gali baigtis ties jomis“ (Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010), tai labžbiau susiję su aplinkinių spaudimu, prarasta savo gyvenimo kontrole.

Pastebima, kad šio kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė moterų polinkį susidūrus su nevaisingumu ieškoti atsakymų ir sprendimų, racionalizuoti esamą situaciją, kas šiek tiek prieštarauja ankstesniems tyrimams teigiantiems, kad su nevaisingumu susiduriančios moterys yra labiau linkusios naudoti neadaptyvias į save nukreiptas streso įveikos strategijas, kaip tuo tarpu vyrai yra linkę susikonscentruoti į simptomus ar konkrečias problemas bei ieškoti jų sprendimo galimybių (Yazdani ir kt., 2016). Nors šiame kokybiniame tyrime tikslingai moterų buvo klausiama jų santykio su savimi kaip moterimi, siekiant atskleisti lytinį tapatumą, susidūrus su nevaisingumu, tačiau akivaizdu, kad šioms moterimis nevaisingumas, tai nėra taip stipriai su lytimi susijęs išgyvenimas, kaip yra teigiama kituose tyrimuose. Nors moterys jaučiasi nepilnavertės ar pilnai neišsipildžiusios, tačiau tai nėra susiję su savo, kaip moters, vaidmens, ar lytinio tapatumo sutrikimais (Shahnooshi, Karimi, 2010; Cserepes, Kollar, Sapy, Wischmann, Bugar, 2013), tai daugiau buvo apie gyvenimo prasmės paieškas.

Šio tyrimo kokybinėje dalyje ypač ryškiai atsiskleidė patiriamo nevaisingumo poveikis socialiniam gyvenimui. Susidurdamos su nemaloniu, skaudinančiu ir žeidžiančiu aplinkinių elgesiu, susijusiu su kišimusi į poros šeimos planavimą, bendravimas su tokiais žmonėmis tapo sudėtingesnis, moterys ėmė po truputėlį nuo tokių santykių atitolti ir atsiriboti, kas siejasi ir su kitų Lietuvos tyrėjų gautais rezultatais, kad dėl stereotipų ir neigiamų nuostatų kupino visuomenės požiūrio, poros jaučia didžiulį spaudimą ir socialinę izoliaciją, dažnai yra priverstos slėpti savo problemą, bijodamos dar didesnio dėmesio ir skaudinančių patarimų (Istomina, Sąlygienė, 2007, cit. Istomina, Petrylienė, Razbadauskas, 2010).

Vertinant šio tyrimo privalomus ir trūkumus reikėtų pastebėti, kad pagrindinis šio tyrimo privalumas analizuojamos temos – naujumas ir aktualumas ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Šis tyrimas kol kas vienintelis Lietuvoje nevaisingumo patyrimą analizavęs tiek kiekybiškai, tiek kokybiškai, leidžiantis ne tik įvertinti nevaisingumo patyrimo ypatumus didesnėse imtyse, bet ir palyginti kokybinių bei kiekybinių duomenų turinio panašumus, įžvelgti galimas sąsajas bei vieniems kitus papildyti iš vienos pusės statistiniu reikšmingumu, iš kitos pusės duomenų „gyvumu“. Tačiau su tuo siejasi ir vienas iš šio tyrimo trūkumų. Kiekybinėje tyrimo dalyje gautus rezultatus rekomenduojama vertinti kritiškai ir labiau laikyti žvalgomojo pobūdžio, dėl pernelyg mažos imties, kuri atliekant daugiaveiksnę analizę, ne visose grupėse pasiskirstė tolygiai, todėl tai galėjo turėti įtakos rezultatų poslinkiams. Nepaisant to, kad ir mažos imties, tačiau kiekybinis tyrimas leido įvertinti pagrindinius kūdikio susilaukti negalinčių moterų socialinius, demografinius, klinikinius ir su gydymu susijusius veiksnius, bent šiek tiek aiškiau formuojant kūdikio susilaukti negalinčios moters bei jos nevaisingumo patyrimo portretą. Dar vienu tyrimo privalumu galima laikyti ir

kokybinės duomenų analizės metodo pasirinkimą. A. Giorgi fenomenologinė analizė leido suformuoti ne tik specifinius kiekvienos moters santykio su savimi, kaip moterimis, negalinčia susilaukti vaikelio situacinius apibrėžimus, bet ir bendrą kūdikio susilaukti negalinčių tyrime dalyvavusių moterų situacinį apibrėžimą, kuris yra sąlyginai trumpas, aiškus ir struktūruotas, tikėtina kur kas labiau priimtinas ne tik gydytojams bei kitiems sveikatos priežiūros specialistams, bet ir plačiajai visuomenei, kadangi patyrimas yra suskliaustas ir transformuotas į bendrinę kalbą iš originalios, kupinos emocijų ir paslėptų prasmių, iš tikrųjų suvokiamų tik tiems, kurie yra prisilietę prie tokio patyrimo.

5. IŠVADOS

1. Kūdikio susilaukti negalinčios moterys psichologinė gerovė – vidutinė: stipriausiai teigiamai išreikštas pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje ir pasitenkinimas pragyvenimo lygiu, o stipriausiai neigiamai – neigimas emociingumas. Aukštesne psichologine gerove pasižymėjo aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys. Jų amžius, šeiminė padėtis, gyvenamoji vietovė, nevaisingumo trukmė, jo tipas bei nesėkmingų nėštumų skaičius su bendrąja psichologine gerove nebuvo susijęs. Tuo tarpu socialinio palaikymo iš tą patį išgyvenančių žmonių sulaukiančios moterys pasižymėjo žemesne psichologine gerove.

2. Nesėkmingas bandymas susilaukti kūdikio moterų gyvenimo kokybę labiausiai palietė per patiriamas neigiamas emocijas, o mažiausiai per santykius su partneriu. Ilgesnė nevaisingumo ir jo gydymosi trukmė, didesnis nesėkmingų nėštumų ir pakeistų gydytojų skaičius buvo susijęs su žemesne su gydymu susijusia gyvenimo kokybe.

3. Kūdikio susilaukti negalinčių moterų psichologinė gerovė siejasi su nevaisingumo gydymosi trukme ir pakeistų gydytojų skaičiumi, tačiau ryšys nėra tiesinis. Pradėjus nevaisingumo gydymą psichologinė gerovė kasmet kyla iki trečių – ketvirtų gydymosi metų, kai šiame etape krenta, o po to vėl pradeda kilti. Aukščiausia psichologine gerove pasižymi pas pirmąjį gydytoją besilankančios moterys, o žemiausia tos, kurios dar nėra pradėjusios gydymo. Aukštesnė psichologinė gerovė yra susijusi su pasitikėjimu gydytoju, o žemesnė su noru ieškoti daugiau alternatyvių gydymo metodų bei atsakomybės už gydymą prisiėmimu sau.

4. Santykis su savimi, kaip moterimi, kuriai nepavyksta susilaukti vaikelio pirmiausia yra susidūrimas su neigiamais nevaisingumo jausimais, tokiais kaip pyktis, liūdesys, pavydas, neteisybės jausmas, bejėgiškumas, baimė, kad niekada nepasiseks, kaltė ir nepilnavertiškumo jausmas, sudėtingėjantys santykiais su artimaisiais, besilaukiančiomis moterimis, gydytoju ir šeimomis, auginančiomis mažamečius vaikus, nuolatinis atsakymų ir sprendimų ieškojimas, savo išgyvenimų atskleidimo dilema, kai atsiskleisti nesinori, nes tai asmeniška, skaudu ir intymu, bet tik kalbėjimas apie nevaisingumą gali išlaisvinti nuo įtampą keliančio, skaudinančio ir žeidžiančio aplinkinių spaudimo. Staigus ir skaudus susidūrimas su, vidinius išgyvenimus keliančiomis medicininėmis intervencijomis ir nematoma nevaisingumo priklijuojama etiketė, išskiriančia iš kitų sukelia vidinį skausmą, kuris kartais tiesiog „nuneša į dugną“, primena problemos rimtumą ir nuolatos nešamą „emocinę naštą“, sudužusios viltys pažadina norą bėgti, atsiriboti ir atsitraukti nuo kylančių išgyvenimų, tačiau stiprybės teikia bendrumo jausmas su kitais žmonėmis, paliestais nevaisingumo ir kol yra planas, tol yra viltis. Vis tik ilgai trunkantys išgyvenimai, prarasta kontrolė ir daugialypė patirtis sąlygoja vidinius konfliktus, emocinį ir fizinį išsekimą bei pasyvumą, todėl belieka tik tikėjimas medicina ir mama, kaip nepalaužiamas ramstis.

5. Susidūrusios su nevaisingumu moterys jaučia emocinės paramos ir psichologinės pagalbos poreikį, tačiau tik kas ketvirta nevaisingumo paliesta moteris išdrįsta jos ieškoti, nors mano, kad psichologinė pagalba turėtų būti teikiama visoms kūdikio susilaukti negalinčioms moterims ir didžioji dalis jų kreiptųsi konsultacijoms, jei psichologinė pagalba būtų teikiama nemokamai klinikoje, kurioje jos lankosi.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Alesina, A., R. Di Tella, and R. MacCulloch. 2004. Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics* 88(9–10): 2009–2042.
2. Alhassan, A., Ziblim, A.R., Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health*, 14(1):42
3. Bartkutė, L. (2016). D. Grybauskaitė vetavo Pagalbinio apvaisinimo įstatymą (žiūrėta internete 2016 balandžio 16 d.: <https://lietuvsdiena.lrytas.lt/aktualijos/2016/07/04/news/d-grybauskaite-vetavo-pagalbinio-apvaisinimo-istatyma-770122/>)
4. Becchetti, L., Conzo, P. (2017). Preferences for Well-Being and Life Satisfaction. *Social Indicators Research*.
5. Berridge, K.C. and M.L. Kringelbach. (2011). Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice* 1(1): 3.
6. Berridge, K.C. and M.L. Kringelbach. 2015. Pleasure Systems in the Brain. *Neuron* 86(3): 646–664.
7. Binswanger, M. 2006. Why does income growth fail to make us happier?: Searching for the treadmills behind the paradox of happiness. *The Journal of Socio-Economics* 35(2): 366–381.
8. Biswas-Diener, R. and E. Diener. 2001. Making the Best of a Bad Situation: Satisfaction in the Slums of Calcutta. *Social Indicators Research* 55(3): 329–352.
9. Blanchflower, D.G. and A.J. Oswald. 2004. Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics* 88(7–8): 1359–1386.
10. Blyth E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, Vol.27, No.7, pp. 2046–2057.
11. Boffo, M., A. Brown, and D.A. Spencer. 2017. From happiness to social provisioning: addressing well-being in times of crisis. *New Political Economy* 22(4): 450–462.
12. Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011) The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 26(8), 2084–2091
13. Brickman, P., D. Coates, and R. Janoff-Bulman. 1978. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology* 36(8): 917–927.
14. Carlquist, E. ir kt.. 2017. Everyday Understandings of Happiness, Good Life, and Satisfaction: Three Different Facets of Well-being. *Applied Research in Quality of Life* 12(2): 481–505.
15. Carstensen, L.L. ir kt.. 2011. Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging* 26(1): 21.
16. Clark, A.E. and A.J. Oswald. 1996. Satisfaction and comparison income. *Journal of Public Economics* 61(3): 359–381.
17. Clark, A.E. and Y. Georgellis. 2013. Back to Baseline in Britain: Adaptation in the British
18. Constitution of The World Health Organization, 1946 (žiūrėta internete 2018 vasario 23d <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>)
19. Cserepes, R. E., Bugán, A., Korösi, T., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wischmann, T. (2014). Infertility Specific Quality of Life and Gender Role Attitudes in German and Hungarian Involuntary Childless Couples. *Geburtsh Frauenheilk* , 74: 1009–1015.
20. Cserepes, R.E., Kollar, J., Sapy, T., Wischmann, T., Bugar, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 925–32.

21. De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M.C., ir kt.. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clinical Therapeutics*, 165(3):163-9.
22. Del Castillo, Moreno-Rosset, C., Martín, M. D., Ramírez-Uclés, I. (2009). Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertile couples: a positive approach. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 39-46.
23. Diener, E. 1984b. Subjective well-being. *Psychological Bulletin* 95(3): 542–575.
24. Diener, E. and S. Oishi. 2000. Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. *Culture and subjective well-being*: 185–218.
25. Diener, E. ir kt.. 1985. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49(1): 71.
26. Diener, E. ir kt.. 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125(2): 276–302.
27. Diener, E., S. Oishi, and R. Lucas. 2015. National accounts of subjective well-being. *American psychologist* 70(3): 234–242.
28. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., van der Spuy, Z.M. (2002). „Men leave me as I cannot have children“: women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction*, Vol.17, No.6, pp. 1663–1668.
29. Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4
30. Easterlin, R.A. 2006. Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology* 27(4): 463–482.
31. Engel George, L (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science*. 196: 129–136.
32. Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, Vol.26, No.9 pp. 2408–2414.
33. Giorgi, A. & Giorgi, B. M. (2008). Phenomenology. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, ed. by J. Smith, London: Sage publications.
34. Graham, M.L., Hill, E., Shelley, J.M., Taket, A.R. (2011). An examination of the health and wellbeing of childless women: A cross-sectional exploratory study in Victoria, Australia. *BMC Women's Health*, 11:47.
35. Greenglass, E. R., & Fiksenbaum L. (2009). Proactive coping, positive affect, and wellbeing. *Human Reproduction*, 14, 29-39.
36. Household Panel Survey. *Economica* 80(319): 496–512. 27
37. Yazdani, F., Kazemi, A., Ureizi-Samani, H.R (2016). Studying the Relationship between the Attitude to Infertility and Coping Strategies in Couples Undergoing Assisted Reproductive Treatments. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(1), 56–60.
38. Istomina, N., Petrylienė, A., Razbadauskas, A. (2010). „Nevaisingų šeimų problemų nustatymas ir sprendimo būdai“. „*Sveikatos mokslai*“, 5, 3438–3445.
39. Istomina, N., Šalygienė, J. (2007). „Nevaisingų šeimų požiūris į gyvenimo kokybę“. „*Sveikatos mokslai*“, 1, 663–666.
40. Yu, S., C. Levesque-Bristol, and Y. Maeda. 2017. General Need for Autonomy and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis of Studies in the US and East Asia. *Journal of Happiness Studies*.
41. Jahromi, M.K. and Ramezanli, S. (2015). Coping with Infertility: An Examination of Coping Mechanisms in Iranian Women with Infertility. *Journal of Psychiatry*, 18:1.

42. Jaunųjų gydytojų asociacija (2016). Jaunųjų gydytojų asociacija reiškia susirūpinimą dėl siūlomų Pagalbinio apvaisinimo įstatymo pataisų. (žiūrėta internete 2018 balandžio 16 d.: <https://www.jaunieji-gydytojai.lt/single-post/2016/12/02/Jaun%C5%B3j%C5%B3-gydytoj%C5%B3-asociacija-rei%C5%A1kia-susir%C5%ABpinim%C4%85-d%C4%97l-si%C5%ABlom%C5%B3-Pagalbinio-apvaisinimo-%C4%AFstatymo-patais%C5%B3>)
43. Jensen, P. (1966). Childlessness and general practice *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1966 Mar; 11(2): 150–165.
44. Kairys, A., Bagdonas, A., Linauskaitė, A., Pakalniškienė, V. (2013). LPGS Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė: naudojimo vadovas. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
45. Audronė Liniauskaitė, Vilma Pakalniškienė
46. Kaliauskaitė J., Bulotaitė L. (2014). Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės. *Visuomenės sveikata*, 1(64), 9–24.
47. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: „Judex“.
48. Keyes, C.L.M. 1998. Social Well-being.
49. Krutulienė, S. (2012). Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir Visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 2012 3 (2). ISSN 2029-4573
50. Kuohung, W., Hornstein, M.D. (2016, balandžio 7). Overview of infertility. Žiūrėta internete 2016-05-10 http://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility?source=search_result&search=infertility&selectedTitle=1~150
51. Lechner, L., Bolman C., van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22, 288-294.
52. Lietuvos Bioetikos komitetas (2013) Nuomonė dėl Pagalbinio apvaisinimo įstatymo projekto Nr. XIP-2388 ir Dirbtinio apvaisinimo įstatymo projekto Nr. XIP -2502 (žiūrėta internete 2018 m. balandžio 16 d.: <http://bioetika.sam.lt/index.php?2741408212>)
53. Lijadi, A. A. (2018). Theoretical Foundations to outline Human Well-being: Meta- analytic Literature Review for defining Empowered Life Years.
54. Lyubomirsky, S., L. King, and E. Diener. 2005. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological bulletin* 131(6): 803.
55. Lomas, T. 2016. Towards a positive cross-cultural lexicography: Enriching our emotional landscape through 216 ‘untranslatable’ words pertaining to well-being. *The Journal of Positive Psychology* 11(5): 546–558.
56. LR Pagalbinio apvaisinimo įstatymas NR XII-2608, 1.1. str.
57. LR Pagalbinio apvaisinimo įstatymas NR XII-2608, Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas
58. Marmot, M. G., Fuhrer, R., Ettner, S. L., Marks, N. F., Bumpass, L. L., & Ryff, C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Quarterly*, 76, 403 – 448.
59. Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901 – 910.
60. 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 Med*, 9(12).
61. Oishi, S. 2010. The Psychology of Residential Mobility: Implications for the Self, Social Relationships, and Well-Being. *Perspectives on Psychological Science* 5(1): 5– 21.
62. Oksuzyan, A. ir kt.. 2010. Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology* 25(7): 471–480.

63. Panahi, S., Yunus, A. S. b , Roslanb, S. , Kadirb, R.A. , Jaafarb M. , Panahic, M.S. (2016). Predictors of Psychological Well-being among Malaysian Graduates. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences*, Volume XVI (eISSN: 2301-2218).
64. Pedersen, P.J. and T.D. Schmidt. 2011. Happiness in Europe. *The Journal of Socio- Economics* 40(5): 480–489.
65. Popescu, G.H. 2016. Does economic growth bring about increase happiness? *Journal of Self-Governance and Management Economics* 4(4): 27–33.
66. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinijon. *Fertility and Sterility*, 99(1), 63.
67. Prancėvičienė A., Endriulaitienė A. (2009). „Psichologinės diagnostikos pagrindai“. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
68. Ramírez-Uclésa, I.M., Del Castillo-Aparicioa, M., Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Clínica y Salud*, 1, 57-63.
69. Ryan, R.M. and E.L. Deci. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55(1): 68–78.
70. Ryan, R.M. and E.L. Deci. 2011. A Self-Determination Theory Perspective on Social, Institutional, Cultural, and Economic Supports for Autonomy and Their Importance for Well-Being. Pages 45–64 in V. I. Chirkov, R. M. Ryan, and K. M. Sheldon, eds., *Human Autonomy in Cross-Cultural Context*. Dordrecht: Springer Netherlands.
71. Ryan, R.M. and V. Huta. 2009. Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to the Kashdan ir kt.. and Waterman discussion). *The Journal of Positive Psychology* 4(3): 202–204.
72. Ryff, C.D. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6): 1069–1081.
73. Ryff, C.D. 2014a. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(1): 10–28.
74. Ryff, C.D. 2014b. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(1): 10–28.
75. Ryff, C.D. and B.H. Singer. 2008. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies* 9(1): 13–39.
76. Ryff, C.D. and C.L.M. Keyes. 1995. The structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69(4): 719–727.
77. Rutstein, S. O., Iqbal H. S. (2004). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. *DHS Comparative Reports No. 9*.
78. Sarriera, J.C. and L.M. Bedin. 2017. *Psychosocial Well-Being of Children and Adolescents in Latin America*. 2017: Springer.
79. Seery, M.D., E.A. Holman, and R.C. Silver. 2010. Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology* 99(6): 1025–1041.
80. Seligman, M.E.P. and M. Csikszentmihalyi. 2014. Positive Psychology: An Introduction. Pages 279–298 in *Flow and the Foundations of Positive Psychology*. Dordrecht: Springer Netherlands.
81. Shahnooshi, M., Karimi, Z. (2010). Sociological impact of infertility upon family in Isfahan province. *Journal of Social Sciences*, 11(4), 171-98.
82. Silverman, D. (2012). Using Qualitative Methods to Study Health and Illness. *OBSSR e-Source online resource for Behavioral and Social Sciences Research*. Žiūrėta internete 2015-05-07:

<http://www.esourceresearch.org/eSourceBook/QualitativeMethods/12TranscriptionSymbols/tabid/278/Default.aspx>

83. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), the World Health Organization (WHO) (2009). Revised glossary on Assisted Reproductive Terminology (ART). *Human Reproduction*, Vol.24, No.11 pp. 2683-2687.
84. Urbonaitė-Vainienė, I. (2016). Apstulbo kokių priemonių imasi bažnyčia. (žiūrėta internete 2018 balandžio 16 d.: <https://www.delfi.lt/sveikata/sveikatos-naujienos/apstulbo-kokiu-priemoniu-imasi-baznycia.d?id=71622378>)
85. Vaisingumo asociacija (2016). Vaisingumo asociacijos pozicija dėl Pagalbinio apvaisinimo įstatymo projekto (žiūrėta internete 2018 m. balandžio 16 d.: <http://www.vaisingumoasociacija.lt/lt/naujienos/vaisingumo-asociacijos-pozicija-del-pagalbinio-apvaisinimo-istatymo-projekto/50>)
86. Valstybinė lietuvių kalbos komisija (2018), Valstybinės lietuvių kalbos komisijos konsultacijų bankas. Žiūrėta internete 2018 vasario 28 d. <http://www.vlkk.lt/konsultacijos/1002-gerbuvis-gerove-aplinka-aplinkotvarka>
87. van Empel, I.W.H, Nelen, W.L.D.M, Tepe, E.T., van Laarhoven, E.A.P, Verhaak, C.M., Kremer, J.A.M. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, Vol.25, No.1 pp. 142–149.
88. Vanhove-Meriaux, C., G. Martinent, and C. Ferrand. 2017. Profiles of needs satisfaction and thwarting in older people living at home: Relationships with well-being and ill-being indicators. *Geriatrics & Gerontology International*.
89. Veenhoven, R. 1994. Is happiness a trait? *Social indicators research* 32(2): 101–160.
90. Veenhoven, R. 1999. Quality-of-life in individualistic society. *Social Indicators Research* 48(2): 159–188.
91. Veenhoven, R. 2006. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. Pages 74–100 in *Understanding Human Well-Being*. Tokyo-New York - Paris: United Nations University Press.
92. Veenhoven, R. 2014. Journal of Happiness Studies. Pages 3462–3464 in A. C. Michalos, ed., *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer Netherlands.
93. Veneri, P. and A.J.E. Edzes. 2017. REGION, The journal of ERSA - Special Issue: Well-being in cities and regions: measurement, analysis and policy practices. *REGION* 4(2).
94. Veneri, P. and A.J.E. Edzes. 2017. REGION, The journal of ERSA - Special Issue: Well-being in cities and regions: measurement, analysis and policy practices. *REGION* 4(2).
95. Waterman, A.S. ed. 2013. *The Best within Us: Positive Psychology Perspectives on Eudaimonia*. Washington: American Psychological Association.
96. Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16, 1753–1761.