



UNIVERZITET U NOVOM SADU

FILOZOFSKI FAKULTET
ODSEK ZA PSIHOLOGIJU

**PRILAGOĐAVANJE NA STRES IZAZVAN
NEPLODNOŠĆU:
PERSPEKTIVA ŽENA IZ SRBIJE**
DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor:

Prof. dr Ivana Mihić

Kandidat:

Jovana Jestrović

Novi Sad, 2021.



UNIVERSITY OF NOVI SAD
FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

**ADJUSTING TO INFERTILITY STRESS:
PERSPECTIVE OF WOMEN FROM SERBIA**

DOCTORAL DISSERTATION

Mentor:

Prof. dr Ivana Mihić

Candidate:

Jovana Jestrović

Novi Sad, 2021

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Vrsta rada:	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora:	Jovana Jestrović
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje, institucija)	dr Ivana Mihić, vanredni profesor, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu
Naslov rada:	Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije
Jezik publikacije (pismo):	Srpski jezik(latinica)
Fizički opis rada:	216 stranica 10 poglavlja 293 reference 25 tabela 3 slike 7 grafikona 5 priloga
Naučna oblast:	Društvene nauke
Uža naučna oblast (naučna disciplina):	Psihologija
Ključne reči / predmetna odrednica:	neplodnost, dijadni stresor, bračna funkcionalnost, strategije usmerene na druge ciljeve, pozitivna razmena, zajedništvo
Rezime na jeziku rada:	Istraživanje prikazano u ovom radu imalo je za cilj ispitivanje faktora koji modifikuju odnos između stresa izazvanog neplodnošću kod žena iz Srbije koje se suočavaju sa ovim problemom i percipirane bračne funkcionalnosti. Teorijski okvir korišćen u prikazanom istraživanju proistekao je iz sistemske porodične teorije, a nastao sa

ciljem pomoći kliničarima koji se u svom radu susreću sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. U radu prikazano istraživanje predstavlja prvu empirijsku proveru Modela rezilijentnosti na neplodnost. Pored navedenog, sporedni cilj istraživanja odnosio se na ispitivanje razlika između ispitanica koje se nalaze u različitim grupama u zavisnosti od toga koliko dugo se suočavaju sa ovom krizom.

U istraživanju je učestvovalo ukupno 312 žena koje nemaju dece iz aktuelnog niti iz prethodnih brakova, raspoređenih u tri grupe i to: 75 žena koje se sa problemom neplodnosti suočavaju do dve godine, 118 žena koje se suočavaju od 2 do 5 godina i 119 žena čije suočavanje sa ovom krizom traje duže od pet godina. Istraživanje je sprovedeno online, korišćenjem *Google forms* platforme, kako bi se pristupilo ispitanicama sa teritorije cele Srbije. Za procenu stresa izazvanog neplodnošću korišćen je *Upitnik problema sa plodnošću* (Fertility Problem Inventory, FPI; Newton, Sherrard & Glavac, 1999), a za merenje bračne funkcionalnosti *Skala prilagođenosti u bračnom odnosu* (Dyadic Adjustment Scale – DAS; Spanier, 1976). Pored Seta pitanja o demografskim varijablama, u istraživanju su korišćeni i sledeći upitnici: *Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet et al., 1988), *Upitnik za procenu medicinske podrške* (Jestrović i Mihić, 2019), *Upitnik prevladavanja neplodnosti* (Coping with Infertility Questionnaire – CIQ; Benyamini et al., 2008), subskala koja se odnosi na pozitivnu razmenu *Upitnika za procenu pozitivne i negativne razmene* (Inventory of Affection and Antagonism in Marriage; Huston, Kamenov i Jelić, 2010), kao i *Skala za procenu zajedničkog donošenja odluka* (Jestrović i Mihić, 2019), namenjena merenju zajedništva među partnerima prilikom suočavanja sa problemom neplodnosti. Navedeni upitnici su u dogovoru sa administratorima postavljeni u *Facebook* grupe koje za temu imaju suočavanje sa problemom neplodnosti.

Rezultati istraživanja potvrđuju postojanje negativne povezanosti između stresa izazvanog neplodnošću i percipirane bračne funkcionalnosti. Nadalje, stres izazvan neplodnošću sa svim merenim varijablama povezan je u negativnom smeru, izuzev izbegavajućih i strategija usmerenih na praktični menadžment, sa kojima ostvaruje pozitivnu povezanost. Bračna funkcionalnost je sa socijalnom i medicinskom podrškom, strategijama usmerenim na druge ciljeve, pozitivnom razmenom i zajedništvom u odnosu povezana pozitivno, sa strategijama iz seta izbegavajućih negativno, dok sa strategijama usmerenim na praktični menadžment ne ostvaruje značajnu povezanost. Ipak, osnovni rezultat ovog istraživanja odnosi se na postojanje medijatorske uloge strategija usmerenih na druge ciljeve i relacionih faktora Modela rezilijentnosti na neplodnost u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti. Bez obzira na značajnu povezanost koja postoji sa ostalim varijablama, ubačeni u model medijacije samo navedena tri faktora ostvaruju značajnu ulogu u odnosu između prediktora i kriterijuma. Takođe, kada se radi o razlikama među ispitanicama u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću one su dobijene samo u percepciji socijalne podrške (ukupne socijalne podrške, podrške od strane porodice i prijatelja, ali ne i partnera) i korišćenju strategije samozanemarivanja.

Dobijeni rezultati diskutovani su u svetlu Modela rezilijentnosti na neplodnost, generalnog sistemskog okvira i pristupa problemu neplodnosti kao biopsihosocijalnom problemu, a pre svega dijadnom problemu, koji oblikuje funkcionisanje oba člana para, bez obzira na to ko je nosilac dijagnoze. Na kraju, nalazi upravo ukazuju na značajnost postojanja svesnosti o dijadnoj prirodi problema i daju značajne smernice za praksu. Ove smernice značajne su ne samo usko za stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja koji se bave pružanjem psihološke podrške ovim pojedincima i parovima, već i u domenu pristupa celokupnog medicinskog osoblja, okoline, ali i stava koji čitavo društvo i država kao njegov predstavnik zauzima po pitanju

	ovog problema.
Datum prihvatanja teme od strane nadležnog veća:	04.10.2019.
Datum odbrane: (Popunjavanje odgovarajuća služba)	
Članovi komisije: (titula, ime, prezime, zvanje, institucija)	<p>Predsednik: dr Marija Zotović, redovni profesor, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu</p> <p>Član: dr Jelena Opsenica Kostić, vanredni profesor, Filozofski fakultet, Univerzitet u Nišu</p> <p>Član: dr Ivana Mihić, vanredni profesor, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, mentor</p>
Napomena:	

UNIVERSITY OF NOVI SAD

FACULTY OF PHILOSOPHY

KEY WORD DOCUMENTATION

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Jovana Jestrović
Supervisor (title, first name, last name, position, institution)	dr Ivana Mihić, associate professor, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Thesis title:	Adjusting to infertility stress: perspective of women from Serbia
Language of text (script):	Serbian language (latin script)
Physical description:	216 pages 10 chapters 293 references 25 tables 3 illustrations 7 graphs 5 appendices
Scientific field:	Social sciences
Scientific subfield (scientific discipline):	Psychology
Subject, Key words:	infertility, dyadic stressor, marital functionality, strategies aimed at other goals, positive exchange, togetherness
Abstract in English language:	The study presented in this paper aimed to examine the factors that modify the relationship between infertility stress in women from Serbia who face this problem and perceived marital functionality. The theoretical framework used in the presented research originated from the systemic family theory, and was created with the aim of

helping clinicians who meet couples who are facing infertility during they work. The presented study represents the first empirical research of the Infertility Resilience Model. In addition, the secondary aim of the study was to examine the differences between the respondents who are in different groups depending on how long they have been facing this crisis.

The study involved a total of 312 women who do not have children from current or previous marriages, divided into three groups: 75 women who face infertility for up to two years, 118 women who face it from 2 to 5 years and 119 women whose dealing with this crisis has been going on for more than five years. The research was conducted online, using the Google forms platform, in order to access respondents from all over Serbia. The Fertility Problem Inventory (FPI; Newton, Sherrard & Glavac, 1999) was used to assess infertility stress, and the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) was used to measure marital functionality. In addition to the Set of Questions on Demographic Variables, the following questionnaires were used in the research: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988), Medical Support Assessment Questionnaire (Jestrović & Mihić, 2019) , Coping with Infertility Questionnaire (CIQ; Benyamini et al., 2008), a subscale related to the positive exchange (affection) of the Inventory of Affection and Antagonism in Marriage (Huston, Kamenov & Jelić, 2010), as well as Joint Decision-making Assessment Scale (Jestrović & Mihić, 2019), intended to measure togetherness between partners in dealing with the problem of infertility. The mentioned questionnaires, in agreement with the administrators, were shared in Facebook groups whose topic is dealing with the problem of infertility.

The results of the research confirm the existence of a negative correlation between infertility stress and perceived marital functionality. Furthermore, infertility stress is negative correlated

	<p>with all measured variables, except for avoidance and practical management coping strategies, with which it achieves a positive correlation. Marital functionality is positively correlated with social and medical support, strategies aimed at other goals, positive exchange and togetherness in a relationship, with avoidance coping strategies negatively, while it does not achieve a significant correlation with practical management coping strategies. Nevertheless, the main result of this research refers to the existence of a mediating role of strategies aimed at other goals and relational factors of the Infertility Resilience Model in the relationship between infertility stress and marital functionality. Regardless of the significant correlation that exists with other variables, included in the mediation model, only these three factors play a significant role in the relationship between predictors and criteria. Also, when it comes to differences between respondents depending on the length of coping with infertility, they were obtained only in the perception of social support (total social support, support from family and friends, but not partners) and the use of self-neglect strategies.</p> <p>The results were discussed in the light of the Infertility Resilience Model, the general systemic framework and the biopsychosocial approach. Infertility is, above all, the dyadic problem, which shapes the functioning of both members of the couple, regardless of type of diagnosis. The findings of this research point exactly to the importance of being aware of the dyadic nature of the problem and provide significant guidelines for practice. These guidelines are important not only for mental health professionals who provide psychological support to these individuals and couples, but also in the domain of access of all medical staff, the environment, the attitude of society and the state as its representative on this issue.</p>
Accepted on Scientific Board on:	October 4th, 2019.

Defended: (Filled by the faculty service)	
Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)	<p>President: Dr. Marija Zotović, full professor, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad</p> <p>Member: Dr. Jelena Opsenica Kostić, associate professor, Faculty of Philosophy, University of Niš</p> <p>Member: Dr. Ivana Mihić, associate professor, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, supervisor</p>
Note:	

Zahvalnica

Puno je ljudi koji su doprineli nastanku ove disertacije. Ipak, one bez kojih disertacija ne bi postojala jesu žene koje se suočavaju sa problemom neplodnosti. Najveću zahvalnost dugujem svima vama koje ste pristale da učestvujete u istraživanju u zaista velikom broju i podelite svoje iskustvo. Hvala administratorima Facebook grupa *Borba za potomstvo – Vantelesna oplodnja, Povedimo sterilitet i neplodnost, Kutak – Forum o neplodnosti i Neplodnost – iskustva*. Posebno se zahvaljujem Udruženju *Šansa za roditeljstvo* na podršci tokom svih faza istraživanja.

Veliko hvala mojoj mentorki Ivani Mihić, koja je prolazila sa mnom kroz sve faze nastanka ove disertacije i usmeravala me kada sam imala potrebu da se rasplinem. Hvala i profesoricama Mariji Zotović i Jeleni Opsenici Kostić, koje su svojim sugestijama doprinele tome da ova disertacija bude kvalitetnija i bile tu za mene tokom celog procesa izrade.

Veliku zahvalnost dugujem i svojim prijateljicama Milici Lazić i Tijani Karić koje su mi pomogle prilikom statističke obrade, kao i svim prijateljima koji su me bodrili na putu nastajanja ove disertacije kada mi je to bilo najpotrebnije.

Za sam kraj, hvala mojim roditeljima koji su verovali u mene sve ovo vreme. Upravo zbog toga što ste uvek najveća podrška ikad ovu disertaciju posvećujem vama.

SADRŽAJ

REZIME.....	15
ABSTACT.....	18
UVOD.....	21
TEORIJSKI DEO.....	29
Definicija neplodnosti.....	30
Neplodnost nekad i sad.....	32
Teorijski pristupi neplodnosti.....	35
Teorije identiteta.....	35
Teorije stigme.....	36
Teorije stresa i suočavanja sa njim.....	36
Sistemske porodične teorije.....	37
Model rezilijentnosti na neplodnost.....	39
Stres izazvan neplodnošću.....	41
Polne razlike u percipiranom stresu izazvanom neplodnošću.....	42
Spoljašnji faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost.....	44
Socijalna podrška.....	44
Kultura i religioznost.....	46
Medicinski faktori.....	48
Sociodemografski faktori.....	50
Individualni faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost.....	52
Strategije prevladavanja.....	52
Relacioni faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost.....	55
Komunikacija.....	56
Zajedništvo prilikom donošenja odluka.....	58
Bračna funkcionalnost kao pokazatelj rezilijentnosti.....	59
Uloga psihologa i drugih stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću.....	61
Iskustvo neplodnosti u Srbiji.....	66
EMPIRIJSKI DEO.....	71

Problem istraživanja i obrazloženje.....	72
Ciljevi istraživanja.....	74
Hipoteze istraživanja.....	77
Dizajn istraživanja.....	80
Uzorak.....	80
Procedura.....	85
Faze sprovođenja istraživanja.....	86
Varijable.....	87
Instrumenti.....	88
Faktorska analiza upitnika prevladavanja neplodnosti.....	91
Statistička obrada podataka.....	96
REZULTATI.....	98
Rezultati povezani sa ciljem 1: deskriptivna analiza primenjenih instrumenata.....	99
Rezultati povezani sa ciljem 2: razlike među ispitanicama u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću.....	100
Rezultati povezani sa ciljem 3: odnos sociodemografskih sa ispitivanim nezavisnim i zavisnim varijablama.....	102
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od iskustva prethodne trudnoće.....	102
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze.....	103
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od mesta stanovanja.....	104
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od dostupnosti klinike.....	105
Povezanost ostalih socio-demografskih varijabli sa ispitivanim zavisnim i nezavisnim varijablama.....	106
Rezultati povezani sa ciljem 4: povezanost između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.....	108
Rezultati povezani sa ciljem 5: povezanost između varijabli u Modelu prilagođavanja na stres izazvan neplodnošću.....	111
Rezultati povezani sa ciljem 6: medijatorska uloga spoljašnjih, individualnih i relacionih faktora u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.....	113
DISKUSIJA.....	119
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću.....	120
Odnos sociodemografskih sa ispitivanim nezavisnim i zavisnim varijablama.....	124
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od iskustva prethodne trudnoće.....	124
Razlike među ispitanicama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze.....	125

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od mesta stanovanja i dostupnosti klinike.....	128
Povezanost ostalih socio-demografskih varijabli sa ispitivanim zavisnim i nezavisnim varijablama.....	130
Povezanost između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.....	132
Povezanost između varijabli u Modelu prilagođavanja na stres izazvan neplodnošću.	133
Medijatorska uloga spoljašnjih, individualnih i relacionih faktora u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.....	137
Praktične implikacije istraživanja.....	139
Smernice za buduća istraživanja.....	145
ZAVRŠNA RAZMATRANJA.....	149
REFERENCE.....	154
PRILOZI.....	185

REZIME

Istraživanje prikazano u ovom radu imalo je za cilj ispitivanje faktora koji modifikuju odnos između stresa izazvanog neplodnošću kod žena iz Srbije koje se suočavaju sa ovim problemom i percipirane bračne funkcionalnosti. Teorijski okvir korišćen u prikazanom istraživanju proistekao je iz sistemske porodične teorije, a nastao sa ciljem pomoći kliničarima koji se u svom radu susreću sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. U radu prikazano istraživanje predstavlja prvu empirijsku proveru Modela rezilijentnosti na neplodnost. Pored navedenog, sporedni cilj istraživanja odnosio se na ispitivanje razlika između ispitanica koje se nalaze u različitim grupama u zavisnosti od toga koliko dugo se suočavaju sa ovom krizom.

U istraživanju je učestvovalo ukupno 312 žena koje nemaju dece iz aktuelnog niti iz prethodnih brakova, raspoređenih u tri grupe i to: 75 žena koje se sa problemom neplodnosti suočavaju do dve godine, 118 žena koje se suočavaju od 2 do 5 godina i 119 žena čije suočavanje sa ovom krizom traje duže od pet godina. Istraživanje je sprovedeno online, korišćenjem *Google forms* platforme, kako bi se pristupilo ispitanicama sa teritorije cele Srbije. Za procenu stresa izazvanog neplodnošću korišćen je *Upitnik problema sa plodnošću* (Fertility Problem Inventory, FPI; Newton, Sherrard & Glavac, 1999), a za merenje bračne funkcionalnosti *Skala prilagođenosti u bračnom odnosu* (Dyadic Adjustment Scale – DAS; Spanier, 1976). Pored Seta pitanja o demografskim varijablama, u istraživanju su korišćeni i sledeći upitnici: *Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet et al., 1988), *Upitnik za procenu medicinske podrške* (Jestrović i Mihić, 2019), *Upitnik prevladavanja neplodnosti* (Coping with Infertility Questionnaire – CIQ; Benyamini et al., 2008), subskala koja se odnosi na pozitivnu razmenu *Upitnika za procenu pozitivne i negativne razmene* (Inventory of Affection and Antagonism in Marriage; Huston, Kamenov i Jelić, 2010), kao i *Skala za procenu zajedničkog donošenja odluka* (Jestrović i Mihić, 2019), namenjena merenju zajedništva među partnerima prilikom suočavanja sa problemom neplodnosti. Navedeni upitnici su u dogovoru sa administratorima postavljani u *Facebook* grupe koje za temu imaju suočavanje sa problemom neplodnosti.

Rezultati istraživanja potvrđuju postojanje negativne povezanosti između stresa izazvanog neplodnošću i percipirane bračne funkcionalnosti. Nadalje, stres izazvan neplodnošću sa svim merenim varijablama povezan je u negativnom smeru, izuzev izbegavajućih i strategija usmerenih na praktični menadžment, sa kojima ostvaruje pozitivnu povezanost. Bračna funkcionalnost je sa socijalnom i medicinskom podrškom, strategijama usmerenim na druge ciljeve, pozitivnom razmenom i zajedništvom u odnosu povezana pozitivno, sa strategijama iz seta izbegavajućih negativno, dok sa strategijama usmerenim na

praktični menadžment ne ostvaruje značajnu povezanost. Ipak, osnovni rezultat ovog istraživanja odnosi se na postojanje medijatorske uloge strategija usmerenih na druge ciljeve i relacionih faktora Modela rezilijentnosti na neplodnost u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti. Bez obzira na značajnu povezanost koja postoji sa ostalim varijablama, ubačeni u model medijacije samo navedena tri faktora ostvaruju značajnu ulogu u odnosu između prediktora i kriterijuma. Takođe, kada se radi o razlikama među ispitanicama u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću one su dobijene samo u percepciji socijalne podrške (ukupne socijalne podrške, podrške od strane porodice i prijatelja, ali ne i partnera) i korišćenju strategije samozanemarivanja.

Dobijeni rezultati diskutovani su u svetlu Modela rezilijentnosti na neplodnost, generalnog sistemskog okvira i pristupa problemu neplodnosti kao biopsihosocijalnom problemu, a pre svega dijadnom problemu, koji oblikuje funkcionisanje oba člana para, bez obzira na to ko je nosilac dijagnoze. Na kraju, nalazi upravo ukazuju na značajnost postojanja svesnosti o dijadnoj prirodi problema i daju značajne smernice za praksu. Ove smernice značajne su ne samo usko za stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja koji se bave pružanjem psihološke podrške ovim pojedincima i parovima, već i u domenu pristupa celokupnog medicinskog osoblja, okoline, ali i stava koji čitavo društvo i država kao njegov predstavnik zauzima po pitanju ovog problema.

Ključne reči: neplodnost, dijadni stresor, bračna funkcionalnost, strategije usmerene na druge ciljeve, pozitivna razmena, zajedništvo

ABSTRACT

The study presented in this paper aimed to examine the factors that modify the relationship between infertility stress in women from Serbia who face this problem and perceived marital functionality. The theoretical framework used in the presented research originated from the systemic family theory, and was created with the aim of helping clinicians who meet couples who are facing infertility during they work. The presented study represents the first empirical research of the Infertility Resilience Model. In addition, the secondary aim of the study was to examine the differences between the respondents who are in different groups depending on how long they have been facing this crisis.

The study involved a total of 312 women who do not have children from current or previous marriages, divided into three groups: 75 women who face infertility for up to two years, 118 women who face it from 2 to 5 years and 119 women whose dealing with this crisis has been going on for more than five years. The research was conducted online, using the Google forms platform, in order to access respondents from all over Serbia. The Fertility Problem Inventory (FPI; Newton, Sherrard & Glavac, 1999) was used to assess infertility stress, and the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) was used to measure marital functionality. In addition to the Set of Questions on Demographic Variables, the following questionnaires were used in the research: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988), Medical Support Assessment Questionnaire (Jestrović & Mihić, 2019), Coping with Infertility Questionnaire (CIQ; Benyamini et al., 2008), a subscale related to the positive exchange (affection) of the Inventory of Affection and Antagonism in Marriage (Huston, Kamenov & Jelić, 2010), as well as Joint Decision-making Assessment Scale (Jestrović & Mihić, 2019), intended to measure togetherness between partners in dealing with the problem of infertility. The mentioned questionnaires, in agreement with the administrators, were shared in Facebook groups whose topic is dealing with the problem of infertility.

The results of the research confirm the existence of a negative correlation between infertility stress and perceived marital functionality. Furthermore, infertility stress is negative correlated with all measured variables, except for avoidance and practical management coping strategies, with which it achieves a positive correlation. Marital functionality is positively correlated with social and medical support, strategies aimed at other goals, positive exchange and togetherness in a relationship, with avoidance coping strategies negatively, while it does not achieve a significant correlation with practical management coping strategies. Nevertheless, the main result of this research refers to the existence of a mediating role of strategies aimed at other goals and relational factors of the Infertility Resilience Model in the relationship between

infertility stress and marital functionality. Regardless of the significant correlation that exists with other variables, included in the mediation model, only these three factors play a significant role in the relationship between predictors and criteria. Also, when it comes to differences between respondents depending on the length of coping with infertility, they were obtained only in the perception of social support (total social support, support from family and friends, but not partners) and the use of self-neglect strategies.

The results were discussed in the light of the Infertility Resilience Model, the general systemic framework and the biopsychosocial approach. Infertility is, above all, the dyadic problem, which shapes the functioning of both members of the couple, regardless of type of diagnosis. The findings of this research point exactly to the importance of being aware of the dyadic nature of the problem and provide significant guidelines for practice. These guidelines are important not only for mental health professionals who provide psychological support to these individuals and couples, but also in the domain of access of all medical staff, the environment, the attitude of society and the state as its representative on this issue.

Keywords: infertility, dyadic stressor, marital functionality, strategies aimed at other goals, positive exchange, togetherness

UVOD

„Bez dece- kuća ne raste.“

Narodna poslovice

Većina ljudi ulazi u brak očekujući da će jednog dana imati biološko dete, a pitanje koje se postavlja nije „*Da li?*“ već „*Kada?*“ (Peterson, 2002). Prema Deklaraciji Ujedinjenih nacija o ljudskim pravima „*Svaki čovek i žena, bez ograničenja vezanih za rasu, naciju ili religiju, imaju pravo da se venčaju i osnuju porodicu.*“, a ovo je podržano i Evropskom konvencijom o ljudskim pravima (SZO, 1997). Imanje deteta predstavlja fundamentalni deo životnog projekta muškaraca i žena i viđen je kao neophodan korak u postizanju zrelosti i ličnog razvoja, kao i u ostvarenju društveno očekivane uloge, koja se odnosi na produženje vrste. Ipak, postizanje prethodno navedenog nije uvek jednostavno i predvidivo, a u većini zemalja prisutan je porast broja parova koji imaju teškoće sa začecem (Hardy & Makuch, 2002). Kada uvide da se cilj koji su smatrali da će „prirodno“ ostvariti ne ostvaruje, parovi preispituju svoje životne ciljeve i posvećenosti, pa i privrženost roditeljstvu i partnerskom odnosu (Glover, McLellan & Weaver, 2009).

Kada par otkrije da postoje teškoće sa začecem i kasnije kada utvrdi problem neplodnosti¹, suočava se sa brojnim negativnim reakcijama, a tokom svakog menstrualnog ciklusa iznova prolazi kroz niz perioda intenzivnih i suprotstavljenih emocija (u literaturi nazivano „*emocionalni roller coaster*“). Svaki naredni tretman donosi novu nadu, ali istovremeno predstavlja i potencijalnu mogućnost za neuspeh, sa čim je parovima veoma teško da se nose, posebno bez ikakvog pozitivnog ishoda (Alesi, 2005). Pomenute intenzivne emocije smenjuju se ciklično, pa tako akutni distres pri saznanju dijagnoze sledi snižavanje stresa i optimizam sa započinjanjem tretmana. U ovoj fazi neretko može doći do formiranja nerealno visokih očekivanja, posebno kada se uzmu u obzir stope uspešnosti tretmana (Hammarberg, Astbury & Baker, 2001). Narednu fazu, period od embriotransfera do saznavanja rezultata, do dobijanja odgovora na pitanje da li je došlo do oplodnje, karakteriše povišena ansioznost, usled neizvesnosti tokom iščekivanja. Menstruacija ili negativan test na trudnoću dovode do tuge, razočaranja, osećaja gubitka, budući da očekivanja koja je par formirao pre tretmana nisu

¹ Neplodnost predstavlja nemogućnost iznošenja trudnoće do kraja, dok se pojam sterilitet odnosi na nemogućnost začeca. Kako je polovina žena koje su učestvovala u istraživanju i čine deo uzorka u nekom momentu bila u drugom stanju, termin koji će biti dominantno korišćen je neplodnost. Detaljnija analiza pojmova data je u *TEORIJSKOM DELU*, u okviru podnaslova *Definicija neplodnosti*.

ispunjena (Franco et al., 2002). Kako period tugovanja polako odmiče i parovi opet razmišljaju o novom postupku vantelesne oplodnje, opisane emocije se iznova smenjuju (Alesi, 2005).

Osim efekata koje ostvaruje na individuu, neplodnost predstavlja nerazvojnu krizu koja ima potencijalne efekte na bračnu, porodičnu i društvenu stabilnost (Burns & Covington, 2006), a opisivana je kao neočekivani životni događaj koji onemogućuje ostvarivanje jednog od najvažnijih ciljeva koji ima većina parova - roditeljstva (Koert & Daniluk, 2010). Iako je neplodnost nerazvojna kriza koja pogađa i muškarce i žene i kao takva predstavlja iscrpljujuće iskustvo za oba člana para, rezultati istraživanja pokazuju da se muškarci i žene sa ovom krizom suočavaju na različite načine (Pasch, Dunkel-Schetter & Christensen, 2002), što se može objasniti različitim društvenim očekivanjima od uloge muškarca i žene (Greil, 1991). Prilikom suočavanja sa neplodnošću žene pokazuju više nivoa stresa i veći uticaj neplodnosti na svakodnevno funkcionisanje, dok muškarci više osećaju odgovornost (Beutel et al., 1998) i zabrinutost za partnerkinu reakciju (Hjelmstedt et al., 1999). Navedene različite reakcije i strategije suočavanja u određenoj meri otežavaju potpuno razumevanje partnera, a samim tim i pružanje adekvatne podrške u procesu suočavanja sa neplodnošću, što ovaj proces ponekad čini još zahtevnijim (Abbey, Andrews & Halman, 1991). Iako rezultati nekih studija ukazuju na to da stres povodom neplodnosti opada sa njenim trajanjem (Daniluk, 2001), drugi autori ističu da je osećanje gubitka vrlo verovatno zastupljeno tokom čitavog života kod ljudi koji se nakon procesa suočavanja ne ostvare u roditeljskoj ulozi (Verhaak, 2003).

Govoreći o neplodnosti autori često, pored vidljivih gubitaka u slučaju spontanih pobačaja, navode i postojanje velikog broja nevidljivih, tj. neprepoznatih gubitaka, poput gubitka iskustva trudnoće, porođaja, dojenja deteta, gubitka nerođenog deteta ili dece, kao i unuka koji nisu postojali, generacije i nastavka loze (Haris & Daniluk, 2010), i na kraju iskustva roditeljstva, kao jedne od najbitnijih odrednica odraslog doba (Thorn, 2009). Upravo zbog navedenog, neplodnost ostvaruje negativan efekat na kvalitet života i mogućnost planiranja budućnosti, s obzirom da je veliki broj aktivnosti i planova povezan i uslovljen ovim iskustvom (Fisher & Hammarberg, 2020).

Nasuprot viđenja neplodnosti kao isključivo medicinskog problema/dijagnoze, danas je sasvim evidentno da ona predstavlja biopsihosocijalnu krizu (Omu & Omu, 2010). Međusobna povezanost njenih aspekata - biološkog, psihološkog i socijalnog – ukazuje na potrebu da se govori o svakom od njih i na nemogućnost posmatranja ove krize kroz fokusiranje na izolovane aspekte, jer takvo posmatranje ne daje celovitu sliku. Činjenicu da su parovi deo višestrukih

sistema koji su povezani jedan sa drugim i ne mogu se posmatrati izolovano, posebno je važno imati na umu prilikom tretmana pacijenta i preferirati humaniji, nasuprot strogo naučnom pristupu, koji uzima u obzir isključivo biološke, odnosno medicinske aspekte tretmana (Bedard, 2019). Biološki aspekti steriliteta odnose se na sam medicinski tretman koji se primenjuje za lečenje, čija je značajnost prva prepoznata u naučnim i stručnim krugovima. Prema nekim autorima, ovaj aspekt neplodnosti u većoj meri ostvaruje efekte na žene, s obzirom na to da su one te koje se prve obraćaju lekarima i na čijem telu se sprovodi tretman (Griel, Thomas, Leitko & Porter, 1988). Sama suština tretmana je takva da dovodi do brojnih promena u psihološkom funkcionisanju osobe, te njegovi psihološki aspekti podrazumevaju kognitivne, emocionalne i bihevioralne reakcije osobe na sterilitet. Prema mišljenju nekih autora neplodnost je kriza koja čini da osoba preispituje svoja uverenja, adekvatnost i kompetencije, a u literaturi je prepoznata i kao „šok identiteta“ (Meyers et al., 1995). Takođe, jedan ili oba partnera u okviru para mogu osećati krivicu i odgovornost za problem, a ponekad dolazi i do okrivljavanja partnera koji je nosilac dijagnoze od strane onog drugog (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Osim psiholoških efekata na individuu, neplodnost može ostvariti efekte na partnersko funkcionisanje i dovesti do preispitivanja i evaluacije interakcija među partnerima (Gerrity, 2001). Socijalni aspekt odnosi se na promene u odnosu sa partnerom, ali i osobama iz bližeg i daljeg okruženja, kao i stigmatu sa kojom se parovi koji se suočavaju sa sterilitetom nose. Ove promene su u značajnoj vezi sa psihološkim funkcionisanjem i reagovanjem na tretman oba člana para, što ukazuje na prepletenost socijalnog aspekta sa ostala dva. Kako je ovaj aspekt povezan sa kulturnim normiranjem značenja rađanja, odnosno nemogućnosti rađanja, zapravo možemo govoriti o socio-kulturnom aspektu (Omu & Omu, 2010). U skladu sa navedenim, postoje određene razlike između suočavanja sa problemom neplodnosti u razvijenim i manje razvijenim društvima, što je u literaturi nazivano „*dva sveta neplodnosti*“ (Greil et al., 2010). Iako je materinstvo viđeno kao nešto što prirodno sledi nakon braka, postoje određene razlike u kulturama, pa tako u onima gde je u redu ne biti roditelj neplodnost posmatrana kao prikrivena socijalna stigma, budući da se ne zna da li par ne može da ima dece ili je to njihov izbor (Greil 1991), dok je u manje razvijenim društvima jasno da se radi o neplodnosti, te je zastupljena intenzivnija stigma (Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard & van der Spuy, 2005). Pored toga, sociokulturni kontekst bitan je i u domenu efekta neplodnosti na partnerske odnose. U društvima u kojima je uloga žene više povezana sa važnom obavezom obezbeđivanja potomstva, a brak definisan preko podizanja dece, neplodnost ostvaruje veći negativan efekat na partnerske odnose (Sundby, 1997).

Iako je sve do 80-ih godina prošloga veka neplodnost posmatrana isključivo u medicinskom kontekstu, a psihološka podrška ovim parovima bila potpuno zanemarivan segment (Matthews & Matthews, 1986), upravo povezanost ovih aspekata govori o značaju bavljenja svim komponentama istovremeno. Suočavajući se sa iskustvom neplodnosti, pored zahtevnih medicinskih tretmana, par se suočava i sa promenama u socijalnom okruženju i intenzivnim emocionalnim reakcijama, razmišljanjima i promenama u ponašanju koje predstavljaju odraz psihološkog procesa. U skladu sa tim, prema preporuci Evropskog društva za humanu reprodukciju i embriologiju (European Society for Human Reproduction and Embryology- ESHRE), psihološka podrška parovima koji se suočavaju sa ovim problemom je definisana zakonom i predstavlja obavezni deo tretmana lečenja steriliteta u mnogim zemljama (Boivin & Kentenich, 2002). Ipak, zanemarivanje emocionalnog stanja partnera i potrebe za psihološkom podrškom, usled prevelike fokusiranosti na sam medicinski tretman, stručnjaci i dalje navode kao jedan od potencijalnih problema tokom suočavanja sa neplodnošću (Read et al., 2014).

Sa popularizacijom psihosocijalnih aspekata ove krize, istraživači su pokušavali da je razumeju kroz razne teorije koje postoje u okviru psihologije kao nauke, poput teorija identiteta, teorija stigme, teorija suočavanja sa stresom, sistemskih porodičnih teorija. Nešto kasnije, istraživači i praktičari počeli su da se bave osmišljavanjem modela specifičnih za ovu oblast (Burns & Covington, 2006), a jedan od njih je i *Model rezilijentnosti na neplodnost* (Infertility Resilience model; Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Nastao sa ciljem pomoći i davanjem smernica kliničarima koji rade sa parovima koji se suočavaju sa ovim problemom, ovaj model do sada nije istraživački proveravan. U skladu sa tim, teorijski doprinos ovog istraživanja ogleda se u istraživačkoj proverbi navedenog modela.

Bez obzira na velike promene i pridavanje većeg značaja psihosocijalnom aspektu ovog problema u poslednjih nekoliko decenija, nakon sprovođenja prvog tretmana vantelesne oplodnje, u Srbiji je ova oblast tek u začetku. Početak prepoznavanja značaja bavljenja psihološkim aspektima neplodnosti simbolizuje odbranjena prva doktorska disertacija iz ove oblasti pod nazivom „*Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoefikasnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života*“ (Milovanović, 2018), ali i sprovođenje istraživanja koja imaju za cilj ispitivanje konstrukata značajnih za razumevanje iskustva neplodnosti, poput motivacije za roditeljstvo (Kričković Pele & Zotović, 2016; Radovanović i Jestrović, 2018; Radovanović, Jestrović i Mihić, 2018), potreba za psihološkom podrškom (Jestrović i Mihić, 2018), strategija prevladavanja (Zotović, Trifunović

i Šakotić-Kurbalija, 2018), karakteristika partnerskih odnosa i bračne prilagođenosti (Jestrović, Mihić i Radovanović, 2016; Jestrović i Mihić, 2020a; Šakotić-Kurbalija, Trifunović i Zotović, 2018; Zotović, Petrović i Mihić, 2018) itd. Prepoznavanje značaja bavljenja ovom temom u praktičnom smislu se ogleda u otvaranju prvog Savetovaništa za vantelesnu oplodnju u našoj zemlji pri Zavodu za zdravstvenu zaštitu radnika u Kragujevcu i Centra za vantelesnu oplodnju u Beogradu 2019. godine, gde parovi i pojedinci imaju mogućnost dobijanja besplatne psihološke podrške prilikom suočavanja sa krizom neplodnosti. Upravo navedeni istraživački i pomaci u domenu prakse vremenski se poklapaju sa motivacijom kandidata za sprovođenjem istraživanja koje će biti prikazano u ovom radu. Kako bi se parovima koji se suočavaju sa ovim problemom pružila što bolja i obuhvatnija podrška, najpre je neophodno doći do toga šta je ono što je njima zapravo potrebno. U društvu u kom je roditeljstvo gotovo obavezno i izostanak istog nailazi na osudu, parovima koji ovaj cilj ne mogu da ostvare nesumnjivo je, pored medicinske podrške, neophodna i psihološka. Ipak, čini se da je pored neplodnosti, psihološka podrška još jedan od tabua. U skladu sa navedenim, većina parova koji se suočavaju sa ovim problemom dominantno je fokusirana na medicinski aspekt istog. Kako je finansijski stres još jedan od stresora koji pogađaju ove parove, neki od njih navode da je izostanak finansija razlog zašto se ne obraćaju za psihološku podršku, iako prepoznaju njen značaj. Najnovijim Zakonom o biomedicinski potpomognutoj oplodnji u našoj zemlji predviđeno je upućivanje parova kojima je za sprovođenje postupka neophodan doniran materijal na psihologa i ovaj vid podrške, dok zakonom nije regulisana obavezna psihološka podrška za parove koji tretman obavljaju sa svojim genetskim materijalom. Prethodno navedena dva Centra predstavljaju „rešenje“ ovog problema i parovima nude mogućnost dobijanja psihološke podrške bez dodatnog izlaganja finansijskom stresu. Ipak, kako bi ova podrška bila što korisnija onima kojima je i namenjena, važno je čuti njihovo mišljenje i u skladu sa tim kreirati programe podrške. Jedan od ovakvih pokušaja jeste *3PS – Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom* (autora Jestrović, Branković i Šilić, 2017). Program je formiran na osnovu istraživanja potreba za podrškom i po ugledu na slične programe koji postoje u inostranstvu i namenjen je parovima koji se aktuelno suočavaju sa ovim problemom. Na unapred definisanim susretima, baveći se temama koje su se pokazale važnim za proces suočavanja, parovi imaju mogućnost dobijanja ne samo psihološke podrške, već i podrške parova koji se suočavaju sa istim problemom i podrške od strane partnera, a ova kombinacija se pokazala dobitnom (Jestrović, Branković, Šilić i Mihić, 2018). Ipak, navedeni program dostupan je samo u privatnom kontekstu, parovima koji prepoznaju značaj psihološke podrške,

tj. prepoznaju značaj bavljenja psihološkim aspektima neplodnosti.

Jedan od ciljeva u radu prikazanog istraživanja odnosi se na podizanje globalne svesti o postojanju ove krize (što je već u nekoj meri postignuto kroz prepoznavanje i pokretanje državnog programa finansiranja medicinski potpomognute oplodnje), ali sa akcentom na značaj bavljenja psihosocijalnim aspektima iste. Pored toga, osim postojanja nade da će prikazani rezultati pružiti smernice psiholozima i stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja koji se u svom radu susreću sa parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti kao pojedincima u psihološkoj praksi, autor se iskreno nada i mogućnosti implementacije dobijenih nalaza u socijalne politike i pristup radu sa ovim parovima na globalnom nivou. Nadalje, dobijeni rezultati mogu poslužiti i kao smernica za medicinsko osoblje koje je u stalnom kontaktu sa parovima, kao i podizanje društvene svesti o ovom problemu i načinima kako mogu biti podrška. Navedeno je započeto kroz brojne akcije Udruženja Šansa za roditeljstvo, nastalog 2016. godine, sa ciljem pružanja podrške pojedincima i parovima koji se bore sa ovim problemom, u vidu održavanja raznih događaja poput tribina, predavanja, izložbi, od kojih svakako najveći jeste i *Festival potpomognute oplodnje*, prvi put održan 2018. godine u Beogradu. Ipak, utisak je da, i pored uključivanja psihologa, svi navedeni događaji mahom primat daju medicinskom aspektu problema, razgovoru sa lekarima, konsultacijama, dok je psihološki aspekt, čini se, pomalo po strani. Sa druge strane, događaji tokom kojih je akcenat bio isključivo na psihološkom aspektu ovog problema, kakav je npr. predavanje „*Sterilitet kao stres za pojedinca, par, porodicu...*“, organizovano u Novom Sadu u okviru *Festivala mentalnog zdravlja* ili pak predavanje „*Emocije i vantelesna oplodnja*“, organizovano u saradnji sa jednom od klinika za lečenje neplodnosti u njihovim prostorijama, nisu bili posećeni u tolikoj meri. Dakle, stiče se utisak da kada se radi isključivo o psihološkom aspektu, bez obzira da li je organizacija pri nekoj od klinika ili izolovano od njih (što neki od parova navode važnim za donošenje odluke o posećivanju), parovi ne pokazuju toliko interesovanje, kao u slučaju događaja koji uključuju i medicinski aspekt. Pitanje koje se postavlja jeste šta je starije – da li se parovima nudi malo o psihološkim aspektima, pa oni ne prepoznaju značaj istog, ili je pak ponuda manja usled izostanka prepoznavanja značaja. Na nama je, svakako, da pokušamo da dođemo do rešenja i izađemo iz začaranog kruga i istaknemo značaj psihološkog aspekta ove krize. Iako promene u ovom domenu poslednjih godina nesumnjivo postoje, kako bi one bile vidljivije, a psihološki, odnosno psihosocijalni aspekt neplodnosti išao „*ruku pod ruku*“ sa medicinskim, potrebno je puno ulaganja i rada. Prethodno navedeni istraživački pomak predstavlja tek početak, a sveobuhvatna istraživanja psiholoških aspekata neplodnosti su i više

nego dobrodošla.

Upravo navedeno, kao i praktično iskustvo u radu sa parovima sa ovim problemom i slušanje njihovih priča nalazi se u osnovi motivacije za sprovođenje ovog istraživanja.

TEORIJSKI DEO

Definicija neplodnosti

Iako neplodnost predstavlja globalni problem sa kojim se suočava veliki broj parova širom sveta, usaglašenost pri njenom definisanju još uvek nije postignuta (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel & Stevens, 2012). Prema klasičnoj kliničkoj definiciji, sterilitet podrazumeva biološku nemogućnost začeća i ostvarivanja potomstva nakon najmanje godinu dana redovnih seksualnih odnosa, bez korišćenja kontraceptivnih sredstava, dok se neplodnost odnosi na nemogućnost iznošenja trudnoće do kraja. Za razliku od kliničke, epidemiološka definicija, pak, podrazumeva vremenski period od dve godine, budući da postoji veliki broj parova koji uspe da ostvari trudnoću nakon perioda dužeg od godinu dana, bez korišćenja bilo kakvog tretmana. Ipak, rigoroznost kliničke definicije ogleda se u značajnosti što ranijeg započinjanja tretmana, dok je kod epidemiološke definicije bitno izbegavanje postojanja *fals pozitivna* (Larsen, 2005).

Postoje dve vrste steriliteta: primarni, koji se odnosi na nemogućnost začeća i održavanja trudnoće kod para u plodnom periodu života uz redovne, nezaštićene, seksualne odnose tokom godinu dana, i sekundarni, nemogućnost začeća i iznošenja trudnoće, nakon barem jedne prethodne trudnoće.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) definiše zdravlje kao „*stanje kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja*“, koje nije mereno odsustvom bolesti ili slabosti (SZO, 2007). U skladu sa navedenim, SZO sterilitet definiše kao bolest, a prema njenim podacima u većini zemalja broj parova koji se suočavaju sa teškoćama prilikom začeća je u blagom porastu. Prema podacima iz 2012. godine, svaki šesti par u svetu nailazi na ove poteškoće (SZO, 2012), a podaci Republičkog zavoda za statistiku, ukazuju na to da je u Srbiji zastupljenost neplodnih parova jednaka kao na svetskom nivou (RZS, 2011). Ipak, upravo zbog neujednačenog određenja steriliteta, računanje njegove prevalencije predstavlja izazov za istraživače i prilikom navođenja podataka potrebno je uzimati u obzir kriterijume na kojima se baziraju.

Pored neslaganja među ovim definicijama, one često nisu kongruentne sa razumevanjem neplodnosti od strane ljudi koji se suočavaju sa ovim problemom (Dierichx et al., 2019). Radeći sa parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, autor ovog rada dolazio je u kontakt sa razumevanjem ovog problema od strane onih na koje ostvaruje najveći efekat. I dok se u

razlikama između kliničkih i epidemioloških definicija mahom govori o trajanju problema, ljudi koji se suočavaju sa neplodnošću uglavnom govore o istoj kao o iskustvu koje menja njihov život iz korena i testira postojeće kapacitete. Neki od načina razumevanja neplodnosti prikazani su u nastavku:

„Za mene je neplodnost iskustvo potpuno drugačije od svih koje smo imali za ovih pet godina koliko smo zajedno. Zdrav si i sve je super, ali ne ide. Uradiš sve što se od tebe očekuje i opet ne ide.“ (Žena, 38 godina)

„Kažu neplodnost je bolest – ali mi nismo bolesni, zašto onda idemo po svim tim pregledima? Kada bi nam samo neko rekao šta nam fali i gde koči...“ (Muškarac, 40 godina)

„Pored svih negativnih momenata, neplodnost nas je ujedinjila. Možda smo se malo udaljili od svih, ali imamo jedno drugo.“ (Muškarac, 35 godina)

„Ponekad pomislim koliko sam sama i kako je moguće da me niko od mojih prijatelja ne razume, a onda shvatim da je on u apsolutno svakom momentu tu i to mi je dovoljno. Na kraju, to će biti naše dete, i kada vidim koliku podršku mi pruža, to mi da dodatnu snagu da se borim da bih imala predivno iskustvo roditeljstva baš sa ovim čovekom. U tim momentima, neplodnost razumem kao iskustvo koje je trebalo da se desi da bih postala svesna toga.“ (Žena, 33 godine)

U skladu sa navedenim narativima, iako je SZO definiše kao bolest, postoji nekoliko karakteristika po kojima se neplodnost razlikuje od drugih bolesti:

1. Bez obzira na to kako medicinsko osoblje definiše neplodnost, parovi ne smatraju sebe neplodnim sve dok ne poželeva da se ostvare u roditeljskoj ulozi i suoče se sa tim da imaju teškoće;
2. Kod ostalih bolesti radi se o pojedincu koji ima dijagnozu. Iako je i kod neplodnosti u većem broju slučajeva nosilac dijagnoze jedna osoba (osim u slučaju kada oboje imaju teškoće ili kada se radi o neplodnosti sa nepoznatim uzrokom, tj. izostankom dijagnoze), neplodnost je problem koji ostvaruje efekte na oba člana para (Johnson & Johnson, 2009), te se u ovom kontekstu par može posmatrati kao pacijent;
3. Za razliku od ostalih bolesti koje odlikuju određeni simptomi, kod neplodnosti izostaje postizanje željenog cilja (tranzicije u roditeljstvo) i ovaj izostanak par stavlja u situaciju da traže medicinsku pomoć. U slučaju neplodnosti, medicinski tretman primarno ne leči

uzrok, već pomaže pacijentima u ostvarivanju roditeljstva. Upravo zbog navedenog, čak i nakon uspešnog tretmana neki od pacijenata se ponovo tokom života nose sa posledicama neplodnosti, npr. kada odluče da imaju još dece. Nadalje, neplodnost predstavlja stresor bez spolja vidljivih simptoma, a samo znanje ovih osoba da imaju problem je ono što ih razlikuje od drugih. Upravo ovo, kako navode, ponekad dovodi do toga da se osećaju još stigmatizovanim (Whiteford & Gonzalez, 1995);

4. U kontekstu neplodnosti, „lek“ se, pored započinjanja tretmana, može ogledati u biranju drugih mogućnosti (život bez deteta, usvojenje, hraniteljstvo, promena partnera...) koje su individui ili paru prihvatljiva opcija (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010).

Neplodnost je relativno čest fenomen, a u zavisnosti od delova sveta ona pogađa između 10 i 20% parova. Polovina ovih parova uspe da ostvari trudnoću prirodnim putem ili uz relativno jednostavan medicinski tretman. Rešenje za ostvarivanje trudnoće za drugu polovinu ovih parova jesu 70-ih godina prošlog veka razvijene tzv. *asistirane reproduktivne tehnologije*. Bez obzira na razvoj ovih tehnika, kao i na podatke koji ukazuju da je do sada zahvaljujući njihovoj primeni rođeno preko 5 miliona dece širom sveta (Adamson, Tabangin, Macaluso & Mouzon, 2013), procena je da će, nakon što su iscrpljene sve terapijske mogućnosti, 4% parova ipak ostati bez potomstva (Taylor, 2003).

Neplodnost nekad i sad

Nemogućnost ostvarivanja potomstva spada u jedno od najstarijih iskustava čovečanstva, koja su od svog nastajanja do danas praćena reakcijama poput prezira i društvenog odbacivanja, te osećanjima socijalne izolovanosti, patnje i usamljenosti. I dok je ranije jedino rešenje za ove parove bilo „mirenje sa sudbinom“ ili usvojenje (Whiteford & Gonzalez, 1995), danas pak, sa napretkom medicine, pred ove parove se stavlja mogućnost ostvarivanja u roditeljskoj ulozi (Aničić, 2007).

Iako je prevalenca neplodnosti relativno stabilna od 1965. godine, dostupnost medicinskih usluga i tretmana, medijska pažnja i generalno svesnost javnosti o tretmanima neplodnosti naglo je porasla (Burns & Covington, 1999). Napredak interdisciplinarnosti povezanosti embriologije, genetike i ginekologije omogućio je razvoj tehnika medicinski potpomognute oplodnje, koja se odnosi na širok spektar metoda koje parovima koji imaju

problema sa začecem pomažu da postanu roditelji (Vuletić, 2010), a rođenje prve „bebe iz epruvete“, Lujze Braun, 1978. godine u Velikoj Britaniji, može se smatrati početkom „tehnološko-reproduktivne revolucije“ (Edwards, 1991). Trideset dve godine nakon Lujzinog rođenja Robert Edvards (Robert Edwards) dobio je Nobelovu nagradu za oblast medicine za rad na otkriću vantelesne oplodnje. Kolega sa kojim je radio na ovom otkriću, Patrik Speptoe (Patrick Speptoe), preminuo je 1988. godine, ne dočekavši ovu nagradu. Upravo navedeno, kao i činjenica da je između rođenja prve bebe iz epruvete i Nobelove nagrade prošlo 32 godine, ukazuje na otpor naučne javnosti i društva generalno u vezi sa ovim postupkom. Jedan od u literaturi najčešće opisivanih pokazatelja ovog otpora je svakako odbijanje aplikacije koju je Edvards podneo Savetu za medicinska istraživanja (*Medical Research Council – MRC*) za grantove za finansiranje istraživanja. Odgovor koji je dobio odnosio se na to da se neplodnost ne nalazi na listi prioriteta u oblasti medicinskih istraživanja, kao i da je sam postupak čisto eksperimentalne, namesto terapeutske prirode, te da učesnici u eksperimentu, pacijenti, ne bi imali nikakve benefite od učestvovanja u istom. Pored toga, Edvards je od strane stručne javnosti viđen kao preentuzijastičan i suviše ambiciozan, a mnogi su mu zamerali i česta gostovanja u medijima, tokom kojih je govorio o svom radu. Odgovor koji su dobili od MRC-a nije ih obesrabrio i dvojica naučnika nastavljaju sa svojim radom oslanjajući se dominantno na donatore i lične resurse, a u julu 1978. godine konačno uspevaju i kao rezultat njihovog dugogodišnjeg rada rađa se Lujza Braun. Tek nakon njenog rođenja, od 80-ih godina, MRC podržava VTO istraživanja i potpuno menja pristup ovoj istraživačkoj oblasti (Johnson, Franklin, Cottingham & Hopwood, 2010). I iako je za potpuno prihvatanje od strane naučne javnosti trebalo da prođe puno vremena, Nobelova nagrada dodeljena Edvardsu predstavlja simbol prepoznavanja njegovog rada na ovom otkriću, ali istovremeno i ističe značaj vantelesne oplodnje za modernu medicinu, ali i društvo 21. veka (Jensen, 2016).

Asistirane reproduktivne tehnologije predstavljaju postupke lečenja tokom kojih se uzima jajna ćelija iz tela žene, vrši se oplodnja u laboratorijskim uslovima (*in vitro*), nakon čega se, nekoliko dana nakon oplodnje, oplođena jajna ćelija vraća u matericu. Primećeno je da je celokupna tehnika dobila naziv po samo jednoj fazi postupka koja se obavlja izvan tela žene (Kričković Pele i Beker, 2014). Bez obzira na to što se trudnoća ostvarena ovim postupkom (ukoliko dođe do začeca) dalje razvija kao i trudnoća gde je do začeca došlo prirodnim putem, osim potencijalnog rešenja za parove koji se suočavaju sa neplodnošću, ove metode istovremeno sa sobom donose i veliki broj pitanja i dilema, koje prevazilaze okvire medicine i obuhvataju pravne, kulturne i religijske aspekte, a prema rečima Pitera Riviera „brzina

tehnološke promene prestigla je našu sposobnost da prilagodimo svoj društveni život i ideje“ (Riviere, 1985). Ipak, potrebno je naglasiti da se većina ovih dilema i potreba za prilagođavanjem odnosi pre svega na ART koje ne uključuju sopstveni genetski materijal budućih roditelja, a da se u uzorku ovog istraživanja nalaze žene koje prolaze kroz proces vantelesne oplodnje sa sopstvenim genetskim materijalom, koja je, čini se, bar donekle prihvaćena. Nadalje, postojanje asistiranih reproduktivnih tehnologija ovim parovima donosi i povećan socijalni pritisak za ostvarivanjem potomstva i razočaranje kada u tome ne uspeju (Donchin, 1996), a medikalizacija tretmana neplodnosti transformisala je ovaj privatni problem sa kojim se par suočava u javnu krizu (Whitehead & Gonzalez, 1995).

Iako se razvila u zapadnim zemljama, praksa asistirane reprodukcije danas je realnost svih delova sveta i svuda je u određenoj meri zastupljena. Primena ovih tehnika varira među regionima, pa je tako na prvom mestu Evropa u kojoj se izvede više od polovine celokupnog broja postupaka (56%), koju slede Azija sa 23% i Severna Amerika sa 15% (Lancaster & de Mouzon, 2019). Važno je naglasiti da poređenje praksi asistirane reprodukcije u zapadnim i nezapadnim društvima ne obuhvata posmatranje neplodnosti kao isključivo medicinskog problema, koji je potrebno tretirati, već u širem kontekstu, kao društvenog problema (Bilinović, 2016). Pored toga, bez obzira na razvijenost širom celog sveta, krucijalnu razliku u suočavanju sa ovim problemom u razvijenim i društvima u razvoju trebalo bi tražiti ne samo u nesumnjivo većoj zastupljenosti, već i prihvatanju tretmana asistirane reprodukcije u razvijenim društvima (Kielman, 1998). Nadalje, bez obzira na to što je medicinska definicija neplodnosti univerzalna i primenljiva u svakoj od zemalja sveta, pri radu sa parovima koji se suočavaju sa ovim problemom trebalo bi uzimati u obzir njihovu definiciju i značenje koje oni sami pridaju neplodnosti, a koje je, sasvim sigurno, određeno i njenim socijalnim aspektima. Učestalost primene različitih metoda asistirane reprodukcije uslovljena je i priuštivošću tretmana, koja je povezana i sa politikama osiguranja i nadoknađivanja troškova od strane fonda za zdravstveno osiguranje u pojedinim državama (Bilinović, 2016). Upravo razlike u politici finansiranja postupaka vantelesne oplodnje stavljaju određene zemlje na neko od prvih mesta po broju postupaka, kakva je recimo Slovenija, u kojoj je čak 6 pokušaja u potpunosti pokriveno zdravstvenim osiguranjem (prema Bjelica, 2017). Neke od ovih metoda, ipak, vrlo su skupe i nedostižne većini parova koji se nose sa ovim problemom. Bez obzira na razlike u državnim politikama i pristupu finansijskom aspektu ovog problema, ne može se ne primetiti da su one i dalje najviše dostupne ljudima na višim pozicijama i sa većim primanjima (Kirkman & Hammanberg, 2014), te se stiče utisak da su na ovaj način članovi određenih demografskih

grupa podstaknuti na reprodukciju, dok drugi, pak, nisu. Neplodnost se, u skladu sa tim, može posmatrati i kao internacionalni „*biznis beba*“, u koji se svake godine ulažu bilioni dolara (Jensen, 2016).

Upravo u svemu navedenom bi trebalo tražiti makar deo objašnjenja činjenice da se od ukupnog broja parova koji imaju teškoće sa začećem polovina njih odluči na neki od tretmana (Stephen & Chandra, 2000). Takođe, pored odluke na započinjanje tretmana, u različitim pogledima na tretmane neplodnosti u različitim kulturama i različitim državnim politikama može se tražiti i razlog zašto neki parovi prekidaju tretmane i pre nego što su iscrpeli sve opcije (Van Rooij, Van Balen & Hermanns, 2006).

Prema podacima Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje u Srbiji se godišnje oko 2000 osiguranih lica uputi na lečenje postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje. Iako je ovaj broj već dovoljno velik, broj lica koji na godišnjem nivou budu uključena u postupak potpomognute oplodnje vrlo verovatno je značajno veći, budući da su od strane Fonda evidentirani samo oni koji se odluče na postupak finansiranja od strane države.

Teorijski pristupi neplodnosti

Poslednjih nekoliko decenija, od kako je prepoznata potreba za bavljenjem ovom nerazvojnou krizom na psihološkom nivou, autori su je sagledavali iz domena različitih teorijskih pristupa.

Teorije identiteta

Teorije identiteta, koje naglašavaju integraciju neplodnosti u sliku o sebi i dominantnost osećanja niže vrednosti, sramote i beznadežnosti, su jedno od polazišta prilikom pokušaja razumevanja ovog fenomena (Olshansky, 1987). Bez obzira na to što ih različito doživljavaju, i muškarci i žene se, kao rezultat neplodnosti, suočavaju sa izmenjenom slikom o sebi. Neplodnost dovodi do suočavanja sa neprijatnim emocijama koje se kod žena baziraju na nedoraslosti društvenim očekivanjima, dok je kod muškaraca, pored inferiornosti, dominantno izražen i bes. Prema ovom teorijskom pristupu, neplodnost je kriza identiteta koja kod žena

dovodi do konflikta između njenog idealnog selfa kao majke i žene i njenog realnog selfa neplodne žene (Kikendall, 1994). Parovi koji se bore sa neplodnošću imaju status “pacijenta”, za koji se neretko dešava da preplavi njihov primarni identitet “nepacijenta”, te zapravo predstavlja izazov i zahteva sposobnost odvajanja sebe od uloge pacijenta, odnosno izostanak zamene i stapanja celokupnog identiteta osobe sa ovim jednim njegovim delom (Garthwaite, 2015). Pristup teorija identiteta primenljiviji je i veoma koristan u individualnoj psihoterapiji i radu sa pojedincem na emocijama koje se javljaju povodom neplodnosti i integraciji dva navedena selfa, dok je manje primenljiv u širem kontekstu u kome se problemu neplodnosti pristupa na sistemskom nivou, uzimajući u obzir njegove različite aspekte.

Teorije stigme

Tokom borbe za ostvarivanje u roditeljskoj ulozi i ispunjenje društvenih očekivanja, parovi koji se suočavaju sa neplodnošću bore se i sa stigmom, osećajem stida i otuđenosti od društva usled izostanka roditeljstva (Gonzales, 2000). Neki autori ističu da je upravo društveno očekivanje da pojedinci u odraslom dobu postanu roditelji u osnovi krize identiteta koja se može javiti kod ovih ljudi (Burns, 2005). Kao rezultat stigme kod ovih muškaraca i žena javlja se nemogućnost posmatranja sebe izolovano od neplodnosti, dominantan osećaj neuspeha i nedoraslosti, što rezultira smanjenim samopouzdanjem i osećajem dostojanstva. Ova teorijska polazišta nude okvir za razumevanje kulturološkog i egzistencijalnog aspekta neplodnosti, i kao takva predstavljaju osnovu za rad sa parovima i pojedincima iz ugla društvenog konteksta u kome se suočavaju sa ovim problemom (Burns & Covington, 2006).

Teorije stresa i suočavanja sa njim

U okviru teorija stresa i suočavanja sa njim, neplodnost je prepoznata kao stresor koji je nepredvidiv, negativan i nekontrolabilan. Bilo da je percipiran kao akutni ili hronični stresor, neplodnost je najčešće posmatrana kao nerešiv problem koji pogađa važne životne ciljeve i koji, kao takav, dovodi do emocionalnog distresa i zahteva korišćenje određenih strategija prevladavanja, zarad adaptacije na krizu. Koliko će pojedinac ili par biti uspešan u suočavanju

sa stresom koji nosi neplodnost zavisi, između ostalog, od strategija prevladavanja koje tokom procesa suočavanja koristi (Stanton, Tennen, Affleck & Mendola, 1991). Za razliku od teorija identiteta koje nisu toliko univerzalne i koje su visoko primenljive u domenu individualnog rada i razumevanju psihopatologije, primena ovog teorijskog okvira u radu sa pojedincima ili parovima omogućava razumevanje okolnosti u kojima se kriza percipira kao stresno iskustvo, faktora koji doprinose prilagođavanju i definisanje uspešne prilagođenosti i terapijskih intervencija koje dovode do redukcije stresa i bolje prilagođenosti. Ovaj pristup koristi se kao jedna od polaznih teorijskih osnova u velikom broju programa podrške za suočavanje sa sterilitetom, koji su bazirani na učenje korisnih strategija suočavanja sa krizom (npr. Lemmens et al., 2004).

Sistemske porodične teorije

Za razliku od prethodno navedenih teorijskih pristupa, koji se fokusiraju na različite segmente procesa suočavanja sa neplodnošću i korisni su u razumevanju pojedinih njegovih delova, pristup sistemske porodične teorije akcent stavlja na obuhvatan i detaljno razrađen, međusobno povezan spektar činilaca. U okviru sistemskog pristupa, posmatrano kroz različite škole, neplodnost se može razumevati iz različitih perspektiva.

Prema *pristupu životnog ciklusa porodice* neplodnost predstavlja intergeneracijsku nerazvojnu krizu za porodicu, budući da sprečava prelazak u narednu fazu životnog ciklusa, kako za par, tako i za članove proširene porodice (Daly & Kerry, 1999). Onemogućivanje očekivane tranzicije u roditeljstvo rezultira konfuznim zadacima, ulogama i nejasnim vezama unutar njihovog odnosa, ali i u odnosu sa porodicama porekla (Matthews & Matthews, 1986). Pored gubitka sa kojim se nose, usled izostanka mogućnosti da se ostvare u ulozi babe i dede, roditelji para koji se suočava sa neplodnošću nose se i sa bespomoćnošću i očajem, budući da ne znaju kako da svojoj deci budu adekvatna podrška (Alesi, 2005).

Iz ugla *strukturalne sistemske škole* neplodnost je percipirana kao kriza budući da predstavlja izazov za formiranje jasnih granica između para i porodica porekla, što, kako je navedeno, povlači pitanje zadataka i uloga u porodici (Minuchin, 1974).

Bronfenbener u svom *ekološkom modelu* (Bronfenbrenner, 1986) naglašava značaj konteksta za razvoj i funkcionisanje individue, što je više u skladu sa konstruktivizmom, za

razliku od prethodno navedenih više biheviorističkih pristupa u okviru sistemske teorije. Posmatrajući iz ove perspektive, suočavanje individue sa neplodnošću oblikovano je njenim ličnim karakteristikama, porodičnim odnosima i podrškom koju dobija, podrškom i stavom šire zajednice, zdravstvenim uslugama, stavovima, vrednostima i uverenjima, kao i religijom, ekonomskim razvojem i zakonima, budući da se navedeno razlikuje od države do države, što čini da se i neplodnost različito tretira.

Iz ugla treće faze u okviru sistemske, *socijalnog konstruktivizma*, proces suočavanja sa neplodnošću zavisi od značenja koje se pridaje određenim terminima, kao i kulture iz koje potiču. Razlika u odnosu na prethodnu fazu ogleda se u tome da su i uverenja i stavovi koje članovi porodice imaju zapravo oblikovana kulturom u kojoj žive (White & Epston, 1990). Koristeći *narativni pristup* u razumevanju neplodnosti proces suočavanja sa ovom krizom zavisiće od dominantnih diskursa pojedinca ili para, koji se odnose na stavove okruženja i društva o “normalnom” i “ispravnom”. Kod krize neplodnosti, osobe osećaju krivicu usled neispunjenja socijalnih očekivanja koja se odnose na ostvarivanje potomstva nakon braka (White, 2007). Ovaj diskurs o obaveznom ostvarivanju u roditeljskoj ulozi posebno je prisutan u slučaju žena, od kojih se u većini, ako ne i svim društvima, očekuje i “normalno” je za ostvarenje u ulozi žene da postanu majke (Allen & Wiles, 2013).

U brojnim prethodnim studijama prilikom istraživanja neplodnosti korišćena je i potvrđena sistemska perspektiva razumevanja problema (Andrews, Abbey & Halman, 1991; Peterson, Newton & Rosen, 2003; Van Der Merwe & Greeff, 2015), te će i u planiranom istraživanju biti korišćen jedan od modela proisteklih iz ove perspektive - *Model rezilijentnosti na neplodnost* (Infertility Resilience Model; IRM). Takođe, kako se radi o problemu koji je deljen među članovima para i koji se može posmatrati na nivou porodice, sistemska porodična perspektiva predstavlja dobar odabir okvira za razumevanje problema neplodnosti (Peterson, 2002). Model rezilijentnosti na neplodnost obuhvata aspekte svih prethodno navedenih teorijskih pristupa i tako pruža celovitu sliku u pokušaju objašnjenja iskustva neplodnosti. Pored toga, za razliku od prethodno navedenih teorijskih pristupa, ovaj model je nastao sa ciljem objašnjenja i razumevanja adaptacije na neplodnost, dakle, odnosi se specifično na neplodnost kao nerazvojnu krizu porodice, a ne na generalno porodično funkcionisanje. Predstavlja integraciju dva pristupa iz sistemskog okvira, okvira Porodične rezilijentnosti (Walsh, 1996) i Duplog ABC-X modela (McCubbin & Patterson, 1983).

Osnovna ideja *pristupa porodične rezilijentnosti* (Walsh, 1996) je da stresni događaji

imaju uticaja na celu porodicu, i obrnuto, da osnovni porodični procesi imaju ulogu u oporavku i rezilijentnosti vulnerabilnih članova i celokupne porodice. Obuhvata ekološku i razvojnu perspektivu, pri čemu se porodica posmatra kao otvoren sistem koji funkcioniše u svom socio-kulturalnom kontekstu i obuhvata multigeneracijske životne cikluse (Walsh, 2002). Prema mišljenju Valšove, rezilijentnost podrazumeva sposobnost porodice da se odupre krizama i oporavi (Walsh, 1998). Posmatrajući iz ugla ovog pristupa, neplodnost predstavlja krizu koja pogađa celokupnu porodicu, a to kako će porodica izaći iz krize zavisi od porodičnih resursa, pa tako neplodnost može imati negativne, ali i pozitivne efekte na porodično i partnersko funkcionisanje.

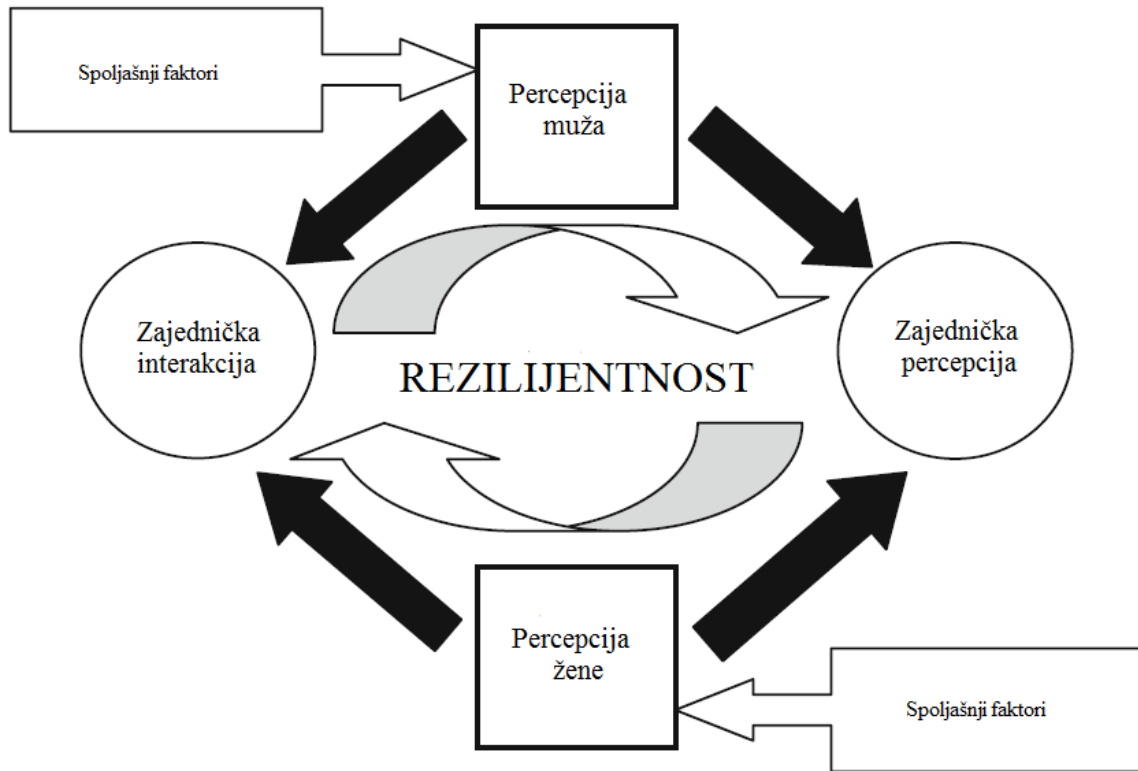
Prema *Duplom ABC-X modelu* (McCubbin & Patterson, 1983) pre nastanka krize, porodica na neki stresni događaj (A) reaguje postojećim resursima i snagama (B), od kojih zavisi kako će posmatrati izvor stresa (C), a interakcija ova tri elementa dovodi do stresa ili krize (X). Nakon toga, u novom periodu, porodica se susreće sa nakupljenim izvorima stresa, što predstavlja dupli A faktor, koji se sastoji od tri izvora stresa- nerešenih efekata inicijalnog događaja, promene i situacije koje je izazvao inicijalni stresni događaj i posledice napora koji je porodica uložila u suočavanju sa stresnim događajem. Pored postojećih porodičnih resursa (B), dupli B faktor čine i novonastali resursi porodice za suočavanje sa stresorom, koji su nastali ili ojačali tokom njene reakcije na prvobitni stresor ili krizu. Percepcija inicijalnog stresora uključuje doživljaj stresora i njegove štetne posledice, ali i nagomilane stresne događaje nakon inicijalnog stresnog događaja, te značenje koje je porodica pripisala stresoru predstavlja dupli C faktor. Dupli X faktor odnosi se na reakciju porodice na krizu, njeno kratkotrajno prilagođavanje na novonastalu situaciju, kao i konačnu prilagođenost na promenu (Price, Price & McKenry, 2010).

Model rezilijentnosti na neplodnost

(Infertility Resilience Model; *Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009*)

Model rezilijentnosti na neplodnost, kao intergracija teorije porodičnog stresa i porodične rezilijentnosti, oslonjen je na tri ključne ideje, a to su: izloženost određenom riziku, postojanje određenih protektivnih faktora i određenje rezilijentnosti, bilo kao procesa ili kao ishoda (Patterson, 2002). U planiranom istraživanju izloženost riziku odnosi se na dijagnozu

neploidnosti, odnosno stres izazvan neploidnošću, protektivni činioci predstavljaju spoljašnje, individualne i relacione faktore iz proveravanog modela, dok se rezilijentnost posmatra kao ishod, i to izražena kroz bračnu funkcionalnost.



Skica 1. Model rezilijentnosti na neplodnost (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009)

Model rezilijentnosti na neplodnost (Skica 1) obuhvata spoljašnje, individualne i relacione faktore, koji se kroz istraživanja i literaturu pokazuju relevantnim u suočavanju sa problemom neplodnosti i građenju porodične rezilijentnosti. Prema ovom modelu u spoljašnje faktore ubrajaju se faktori koji su izvan individue i para, a koji su povezani sa tim kako se pojedinac ili par suočavaju i adaptiraju na neplodnost, poput kulturnih i etičkih očekivanja, religioznosti, socio-ekonomskog statusa, toga ko je nosilac dijagnoze u okviru para, trajanja lečenja steriliteta, broja prethodnih pokušaja vantelesne oplodnje, geografske udaljenosti od klinika u kojima se sprovode tretmani, interakcije sa medicinskim osobljem, ali i socijalne podrške i podrške partnera. Individualni faktori odnose se na strategije suočavanja sa stresom izazvanog neploidnošću i značenje koje osoba pridaje roditeljstvu, te uticaj problema sa plodnošću na sliku o sebi, dok se relacioni faktori odnose pre svega na prisustvo pozitivne

razmene i otvorenog pokazivanja emocija u procesu komunikacije među partnerima, zajedničku evaluaciju i zajedničko donošenje odluka, odnosno posvećenost i preuzimanje odgovornosti prilikom donošenja odluka, i, na samom kraju, usaglašenost percepcije partnera, te razumevanje partnerove perspektive (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009).

Navedeni model nastao je prvenstveno kao smernica za stručnjake koji rade sa parovima sa sterilitetom u kliničkom kontekstu i, iako nastao na osnovu rezultata istraživanja o značajnosti pojedinačnih faktora u okviru modela, do sada nije u celosti istraživački proveravan.

Stres izazvan neplodnošću

Rezultati dosadašnjih studija, kako kvantitativnih, tako i kvalitativnih, dosledno ukazuju da je neplodnost povezana sa povećanjem psihološkog distresa i kod žena i kod muškaraca (prema Leiblum, 1997), naročito u kratkom vremenskom periodu nakon tretmana (Verhaak, Smeenk, Nahuis, Kremer & Braat, 2007). Iako su emocionalne reakcije izraženije kod žena nego kod muškaraca, obrazac reakcija veoma je sličan među polovima (Holter, Anderheim, Bergh & Moller, 2006). Oba pola navode suočavanje sa intenzivnim emocijama i osećaj kao da se nalaze na “*emocionalnom roller coaster-u*” (Cousineau et al., 2004), a pored ovog poređenja ispitanici u kvalitativnim studijama opisuju iskustvo neplodnosti kao prolazak kroz *mračni tunel* - dominantna karakteristika ovog procesa suočavanja jeste osećaj da ne znaju kuda idu i koliko će to trajati, što ukazuje na nekontrolabilnost ovog stresora (Redshaw, Hockley & Davidson, 2007). Neplodnost i proces suočavanja sa njom ispitanice vide kao kontinuirane stresore, tj. kao kombinaciju različitih tipova stresora (Berger, Paul & Henshaw, 2013). Osobe ovo iskustvo doživljavaju kao visokostresno (Paul et al., 2010) i kao najtežu krizu u njihovom životu (Leiblum, 1997), što autori objašnjavaju činjenicom da se radi o kompleksnoj krizi koja predstavlja izazov za sve aspekte života individue i para i ostvaruje negativan efekat na emocionalnu, socijalnu, duhovnu, bračnu i finansijsku stabilnost (Peoples & Rovner-Ferguson, 2000). Kroz intervju u kvalitativnim studijama parovi često navode promene u njihovom socijalnom životu, organizovanim aktivnostima i vremenu koje provode sa prijateljima, a odustajanje od tretmana opisuju kao „*vraćanje u život*“ (Peddie, van Teijlingen & Bhattacharya, 2005).

Na osnovu rezultata kvalitativnih i kvantitativnih istraživanja, Njuti i saradnici (1999)

formiraju upitnik za merenje stresa izazvanog neplodnošću, kojim se meri 5 segmenata ovog stresa i to:

1. *socijalni aspekt* – komentari od strane porodice i prijatelja i socijalna izolacija;
2. *seksualni aspekt* – opadanje interesa za seks kao i teškoće sa unapred planiranim seksualnim odnosima, što je neretko slučaj kod ovih parova;
3. *partnerski odnos* – teškoće prilikom diskutovanja neplodnosti sa partnerom, pri razumevanju polnih razlika u reakcijama na neplodnost i uticaj problema neplodnosti na partnerski odnos;
4. *potreba za roditeljstvom* – identifikacija sa ulogom roditelja i percepcija roditeljstva kao najvažnijeg životnog cilja i
5. *odbijanje života bez dece* – negativna evaluacija života bez dece i zavisnost sreće u budućnosti od imanja deteta (Newton, Sherrard & Glavac, 1999).

Zbog svega navedenog, suočavanje sa problemom neplodnosti ima negativne efekte na psihološko blagostanje (Peterson et al., 2003), a stres izazvan neplodnošću predstavlja najčešće navođen razlog za odustajanje od tretmana kod ispitanica (Peddie et al., 2005; Van den Broeck et al., 2009). Takođe, na vrhu liste razloga odustajanja od tretmana kod muškaraca nalazi se psihološka nelagodnost i stres njihove supruge (Akyuz & Sever, 2009).

Polne razlike u percipiranom stresu izazvanom neplodnošću

Iako neplodnost predstavlja stresno iskustvo i za muškarce, i za žene, žene su te koje navode veći efekat ovog iskustva i kod kojih se stres izazvan neplodnošću razlikuje od drugih stresnih iskustava sa kojima su se suočavale tokom života, dok kod muškaraca nije pronađena ta razlika (Andrews et al., 1991). Polne razlike najpre su vidljive u prvoj reakciji na neplodnost – žene su sklonije da imaju akutnu reakciju i pokazuju razočaranje i beznadežnost, dok su muškarci skloniji tome da pokazuju optimističnost na samom početku (Meyers et al., 1995). Stres izazvan neplodnošću izraženiji je na ženskom delu uzorka na svakom od merenih aspekata (Peterson, 2002), a psihološki problemi tri puta su prisutniji nego kod muškaraca – 10.2% muškaraca i čak 30.8% žena (Volgsten, Skoog Svanberg, Ekselius, Lundkvist, & Sundström Poromaa, 2008). Upitani o iskustvu neplodnosti, 15% muškaraca i čak 50% žena ovo iskustvo

opisuje kao najtužnije iskustvo u životu (Robinson & Stewart, 2001). U nekim drugim studijama, pak, generalni stres izazvan neplodnošću je izraženiji kod žena, kod kojih je izraženije potreba za roditeljstvom, stres iz domena socijalnog aspekta i stres iz domena seksualnog aspekta, dok razlike između muškaraca i žena nisu dobijene na skalama odbijanja života bez roditeljstva i partnerskog odnosa, pri čemu su partneri pozitivni po pitanju svog partnerskog odnosa u budućnosti (Donarelli et al., 2012). Ipak, ono što se dosledno pokazuje kroz istraživanja jeste da se radi o stresoru koji ostvaruje veće efekte na svakodnevne rutine i poslovni aspekt života kod žena, zbog celokupne organizacije oko tretmana (Ying, Wu & Loke, 2015). Nadalje, u istraživanju koje se bavilo ispitivanjem percipirane stigme dobijeno je da su žene te koje govore o većem nivou stigme povodom neplodnosti, što autori objašnjavaju većom povezanosti pitanja fertiliteta sa ženskim polom (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007). Prema rezultatima kvalitativnih studija žene koje se suočavaju sa neplodnošću suočavaju se sa visokom zastupljenošću emocionalnog bola tokom svakog dana (Deveraux & Hammerman, 1998), a emocionalni i psihološki bol ispitanice smatraju dominantnijim od fizičkog bola tokom sprovođenja tretmana (Redshaw et al., 2007). Navedeno je u skladu sa ranijim posmatranjem neplodnosti kao ženinog problema, bez obzira na to da li je nosilac dijagnoze ona, partner ili oboje, od strane okruženja para i celokupnog društva, ali takođe i od strane medicinskog osoblja (Griel, Thomas, Leitko & Porter, 1988). Objašnjenje većeg socijalnog pritiska usmerenog ka ženama može se tražiti u činjenici da u svakom, a posebno tradicionalnijim društvima, centralnu ulogu u životu žene čini materinstvo. Sa druge strane, iako je roditeljska uloga važna u životu muškarca, centralna je poslovna uloga (Whitehead & Gonzalez, 1995). Bez obzira na to što i muško i žensko telo igraju ključnu ulogu u procesu začeća, žensko telo i njegova sposobnost začeća nalaze se u fokusu medicinskih, ali i društvenih diskusija o sterilitetu i neplodnosti (Jensen, 2016). Iako emocionalni distress procenjuju dominantnijim, svakako se ne sme zanemariti ni to da jedan od izvora stresa kod žena svakako može biti i potencijalno stresan medicinski tretman, a kao stresno iskustvo se izdvaja i uzimanje hormonskih terapija koje mogu oblikovati njihovo raspoloženje (Jordan & Reverson, 1999).

Viši skorovi žena na globalnom stresu izazvanom neplodnošću, kao i na njegovim pojedinačnim aspektima, ostvaruju značajnu povezanost sa bračnom prilagođenošću, u negativnom smeru, što govori o tome da što je stres izazvan neplodnošću izraženiji, to je bračna prilagođenost manje zastupljena (Newton et al., 1999). Takođe, pokazano je da pripadnici oba pola procenjuju bračnu funkcionalnost višom ukoliko postoji usaglašenost u proceni stresa u socijalnom aspektu, kao i da žene koje potrebu za roditeljstvom procenjuju jednako važnom

kao njihovi partneri govore o većem zadovoljstvu brakom, što je istraživače navelo da zaključie da visoka kongruentnost u percepcijama partnera predstavlja neku vrstu bafer mehanizma u procesu suočavanja sa ovom krizom (Peterson et al., 2003). Osim toga što stres izazvan neplodnošću oblikuje percepciju braka kod žena, on može negativno uticati na njihovu sposobnost pribavljanja podrške koja im je potrebna u procesu suočavanja sa krizom (Ulbrich, Coyle & Llabre, 1990).

Spoljašnji faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost

Spoljašnji faktori predstavljaju veoma značajan deo modela, budući da mogu oblikovati percepciju individualnih i relacionih faktora, te kao takvi imaju efekta u proceni stresora i dostupnih resursa (Berghuis & Stanton, 2002).

Socijalna podrška

Jedan od spoljašnjih faktora koji ostvaruje efekte na pojedinca i partnersko funkcionisanje jeste socijalna podrška. Socijalna podrška odnosi se na percepciju pojedinca o postojanju osobe od poverenja i brige od strane drugih ljudi, pri čemu se najčešće radi o partneru, porodici ili prijateljima (Walen & Lachman, 2000). Ovaj vid podrške posebno je značajan u tradicionalnim društvima gde se brak povezuje sa roditeljstvom, te se žena oseća odbačeno i izolovano ukoliko se ne ostvari u ulozi majke. Upravo u ovim društvima podrška porodice i partnera dodatno dobija na značaju u prevenciji problema sa mentalnim zdravljem (Saleem, Qureshi & Mahmood, 2019). Ono što je važno naglasiti jeste da socijalna podrška oblikuje način kako će parovi posmatrati sebe, kako će se nositi sa njim i kakvo će značenje dati problemu neplodnosti (Jenkins, 2019) i ostvaruje efekat ne samo na mentalno zdravlje pojedinca i para, već i na njihovu odluku o nastavku ili završetku tretmana (Vassard, Lund, Pinborg, Boivin & Schmidt, 2012).

Socijalna podrška može biti percipirana pozitivno ili negativno, odnosno pokušaj pružanja podrške od strane bliskih osoba na pojedinca i par može imati kontraefekat, a primer za to mogu biti sveprisutni saveti upućeni osobama koje se suočavaju sa neplodnošću da se

opuste, što dovodi do povećanja frustracije i dodatno ih povređuje (Ridenour et al., 2009). Takođe, neretko obična pitanja postavljena od strane nekog od prijatelja ili članova porodice poput onih „*Kada ćete imati decu?*“ ili „*Planirate li skoro?*“, dovode do toga da se parovi osećaju izolovano i neuspešno (Burnett & Panchal, 2008). Pored navedenog, osećaju izolovanosti dodatno doprinosi izostanak iskustava koje mogu deliti sa prijateljima i porodicama porekla, budući da pogođeni ovom nerazvojnom krizom ne dele iste razvojne zadatke sa prijateljima. Upravo zbog ovoga, ali i zbog bola koji osećaju, dešava se da ovi parovi izbegavaju određene aktivnosti, posebno one koje uključuju decu (Peterson et al., 2012). Na ovaj način, u želji da zaštite sebe i partnera, paradoksalno se susreću sa izostankom prilike za dobijanje socijalne podrške koja im je neophodna (Abraham, 2019). Deljenje iskustva neplodnosti sa okolinom, pak, za ove parove nudi mogućnost da se osećaju povezano i budu saslušani i poseban akcenat u radu sa parovima bi trebalo posvetiti upravo načinima mobilisanja socijalne podrške koju će oni procenjivati kao adekvatnu (Jenkins, 2019).

Pored negativnih efekata, odnosno nefunkcionalnih načina pružanja (ali i traženja) podrške, kroz istraživanja su zabeleženi brojni benefiti od postojanja adekvatne socijalne podrške. Na osnovu rezultata dosadašnjih istraživanja, sprovedenih u inostranstvu, adekvatna socijalna podrška ima ulogu u smanjenju stresa izazvanog neplodnošću (Hinton, Kurinczuk & Ziebland, 2010), povećanju bračne prilagođenosti (Maillet, 2002), kao i redukciji simptoma koji se manifestuju u domenu fizičkog (Welbourne, Blanchard & Boughton, 2009) i mentalnog zdravlja (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011; Saleem et al., 2019), a o značaju postojanja adekvatne socijalne podrške govore i istraživanja u kojima se ona izdvaja kao značajan faktor za postraumatski rast (Yu et al., 2014). Žene su sklonije oslanjanju na socijalnu podršku kao vid suočavanja sa stresom, a u skladu sa tim su i rezultati istraživanja pokazuju da žene procenjuju socijalnu podršku i pozitivne interakcije sa okolinom kao prisutnije, u odnosu na muškarce, koji o ovom problemu u najvećoj meri razgovaraju sa svojom suprugom (Gerrity, 2001).

Upravo zbog postojanja dvostrukih efekata socijalne podrške, nije retkost da se parovi, nakon nekog perioda, okrenu isključivo jedno drugom i da osnovni (nekad i jedini) izvor podrške postane upravo partner (Jenkins, 2019). Nasuprot malom procentu onih koji primljenu podršku od strane prijatelja i porodice procenjuju kao pomažuću, 80% parova iz istraživanja koje su sveli MekGrejd i Tolor (McGrade & Tolor, 1981) veruju da sa svojim partnerom mogu otvoreno da razgovaraju i problemu sa kojim se nose, te da je podrška partnera zastupljena i korisna. Ovaj vid socijalne podrške pokazao se značajnim u sprovedenim

istraživanjima, te oni ispitanici koji imaju doživljaj da ih partner više podržava doživljavaju stres nižim (Matsubayashi et al., 2004; Ying, Wu & Loke, 2015), a u nekim istraživanjima se ovaj faktor izdvaja kao najznačajniji prediktor, značajniji od podrške od strane proširene porodice (Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimaraes & Costa, 2014). S obzirom da se radi o dijadnom problemu, ovaj vid podrške neretko se smatra primarnim prilikom suočavanja sa neplodnošću, što je potvrđeno u istraživanjima koja govore o dominantnoj okrenutosti žene ka suprugu kao ključnom izvoru podrške (Kroemeke & Kubicka, 2018). Podrška partnera pre svega ogleda se u uključenosti u tretman (Pasch & Christensen, 2000), praćenju partnerke do klinike, podsećanju da uzima lekove, ali i deljenju kućnih poslova, kako bi se ona što više posvetila tretmanu i prisutna je kod parova koji spadaju u kategoriju kompatibilnih. U ovim parovima žene podršku partnera procenjuju prisutnom u svakom segmentu tretmana, a njena prisutnost nakon neuspelog tretmana im ukazuje na to da zajedno mogu prevazići problem neplodnosti (Onat & Beji, 2012). Pozitivni efekti percipirane podrške od strane partnera ne ogledaju se samo u sopstvenoj proceni stresa – istraživanja pokazuju da i partneri žena koje podršku partnera percipiraju većom stres izazvan neplodnošću procenjuju nižim (Martins et al., 2014).

Osim pozitivnih efekata na individuu, u istraživanju sprovedenom u našoj zemlji dobijena je pozitivna povezanost percipirane podrške od strane partnera sa procenjenom bračnom funkcionalnošću (Jestrović i sar., 2016). Ipak, pružiti partneru podršku koja će biti percipirana kao korisna neretko nije lak zadatak. Neki autori, na osnovu svojih opservacija, navode mogućnost povećanja bračnog stresa usled izostanka adekvatne podrške tokom suočavanja sa neplodnošću, s obzirom da primanje podrške od partnera, tj. pružanje podrške partneru, može biti izazov jer se oba člana para istovremeno suočavaju sa stresom izazvanim neplodnošću, što ukazuje na značaj rada sa parovima na jačanju kapaciteta za podršku kroz učenje načina kako da traže podršku od partnera i govore o svojim potrebama tokom procesa suočavanja, ali i prepoznavanja kada i kakva podrška je potrebna njihovom partneru (Wallach & Mahlstedt, 1985).

Kultura i religioznost

Pored socijalne podrške, kao značajni spoljašnji faktori Modela rezilijentnosti na

neplodnost navode se i efekat kulture i religioznosti. U različitim kulturama preuzimanje roditeljske uloge nije podjednako značajno, a pored toga, iako su deca podjednako važna za muškarce i žene (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares & Almeida-Santos, 2016), čak i u okviru iste kulture, preuzimanje uloge majke bitnije je u formiranju uloge žene, nego što je preuzimanje uloge oca za ulogu muškaraca (Chan, Ng, Chan, Ho & Chan, 2006). U individualističkim kulturama motivaciju za roditeljstvo prvenstveno predstavlja lična sreća i zadovoljstvo, što rezultira manjim socijalnim pritiskom na pojedince da se ostvare u ovoj ulozi. U ovim kulturama roditeljstvo je viđeno kao lična odluka para, a neplodnost kao lični gubitak (Hynie & Burns, 2006). Nasuprot tome, osnovni zadatak pojedinaca u kolektivističkim kulturama jeste ispunjavanje socijalnih uloga i obaveza nametnutih od strane društva (Triandis, 2001), a ispunjenje ovih uloga posebno je važno unutar porodice, kao najvažnije socijalne jedinice unutar ovih kultura. Jedna od osnovnih uloga koje je neophodno ispuniti je roditeljstvo, posebno majčinstvo (Mabasa, 2002). Za razliku od viđenja neplodnosti kao ličnog gubitka u individualističkim, ovaj problem viđen je kao izostanak ispunjenja socijalne uloge, značajne za unutargrupne relacije u kolektivističkim kulturama (Hynie & Burns, 2006). U istraživanju u kom su poređeni kineski parovi sa parovima iz Evrope, Kanade i SAD-a, dobijeno je da je jedino kod kineskih parova reakcija članova proširene porodice (pre svega suprugovih roditelja kod žena) igra značajnu ulogu u suočavanju parova sa neplodnošću i nepovoljno utiče na zadovoljstvo brakom (Lee & Sun, 2000).

Ipak, bez obzira na pripadnost određenoj kulturi, reproduktivno zdravlje i pitanje fertiliteta su od strane različitih autora kroz literaturu bili viđeni kao „*ženin zadatak*“ odnosno nešto čime bi u okviru para trebalo da se bavi žena (Earle & Letherby, 2007). Pored toga, strana istraživanja govore o većoj stigmatizaciji žena koje se suočavaju sa neplodnošću, nego što je slučaj sa muškarcima (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007). U prilog navedenom govore i rezultati istraživanja sprovedenih u Africi, gde žene ukazuju na prisustvo najvećeg pritiska od strane muževljeve porodice, budući da je majčinstvo viđeno kao ženin osnovni zadatak (Hess, Ross & Gililand Jr, 2018). Ovakvo viđenje prisutno je i u srpskoj kulturi, gde je dugi niz godina žena posmatrana sa osudom ukoliko nije ispunila ova društvena očekivanja te se „*zbog nje gasi krsna sveća*“ (Trebješanin, 2000).

Pored kulture i društvene stigme, u istraživanjima se kao značajan faktor izdvaja religioznost. Vera u Boga mnogim parovima pomaže da razumeju iskustvo neplodnosti i svom iskustvu daju određeno značenje, a molitva ovim parovima uliva nadu (Phipps, 1998). Pored toga, neki od njih posežu za tretmanima neplodnosti koji su zasnovani na njihovoj kulturi i

religijskim uverenjima, a žene nastavljaju da ulažu napore i nade u začecje sve do pojave menopauze, što im pomaže u održanju rezilijentnosti u bračnom funkcionisanju i životu generalno, posmatrajući neplodnost kao nešto što zavisi od „više sile“ (Becker, Castrillo, Jackson & Nachtigall, 2006). Sa druge strane, rezultati nekih studija ukazuju na izostanak značaja religioznosti kada se radi o donošenju odluka i izboru tretmana, budući da, čak i u slučajevima kada navode visok stepen religioznosti, osobe koje se suočavaju sa ovim problemom ne brinu previše o zvaničnom stavu crkve po pitanju asistiranih reproduktivnih tehnologija (Shenker, 2005). Ipak, bez obzira na izostanak značaja ovog faktora pri donošenju odluka o tretmanu, njegova značajnost za proces suočavanja sa krizom je višestruko potvrđena. U istraživanju u kom je učestvovalo 200 ispitanica dobijeno je da je kod onih kod kojih je religioznost i spiritualnost izraženija, psihološki stres izazvan neplodnošću je niži (Domar et al., 2005). Osim pozitivnog efekta koji ostvaruje, neki istraživači upozoravaju da i religioznost, kao i socijalna podrška, može imati i negativne efekte, a učestvovanje u određenim religioznim aktivnostima u koje su uključene i porodice sa decom može dovesti do povećanja distresa i depresivnosti (Smith & Smith, 2004).

Medicinski faktori

U spoljašnje faktore ubrajaju se i medicinski faktori, koji se odnose na dužinu suočavanja sa neplodnošću i tretmana, nosioca dijagnoze, interakciju sa lekarima i sestrama, ali i geografsku blizinu i dostupnost klinika na kojima se izvodi tretman. Depresivnost i anksioznost koja se javlja i kod žena i kod muškaraca kada saznaju za sterilitet, raste na početku tretmana i dodatno pre i nakon embriotransfera kod žena i tokom perioda čekanja na rezultate testa za trudnoću kod oba partnera. Iskustvo neuspele vantelesne oplodnje često dovodi do dugotrajne psihološke traume kod oba partnera (Ying, Wu & Loke, 2016). Upravo ovo iskustvo neuspeha vantelesne oplodnje, kao i čekanje na rezultate testa trudnoće je najstresnije za oba člana para (Ying et al., 2016). Rezultati istraživanja su različiti, ali najčešće pokazuju da je dijagnoza neplodnosti za muškarce, kada su oni nosioci, ima veće emotivne posledice nego za žene (Throsby & Gill, 2004). Ipak, rezultati ukazuju na to da je rađanje i preuzimanje roditeljske uloge bitnije ženama, te da su muškarci skloniji tome da se odluče za završetak tretmana, odnosno da im je lakše nego ženama da prihvate život bez dece u budućnosti (Volgsten, Skoog Svanberg & Olsson, 2010).

Parovi koji donesu odluku da pristupe nekom od tretmana neplodnosti stupaju u kontakt sa lekarima specijalistima infertiliteta, ali i drugim lekarima i celokupnim medicinskim osobljem. Tokom tog procesa parovi mogu da steknu utisak da je medicinsko osoblje podržavajuće, ali se takođe mogu osetiti i kao „na pokretnoj traci“, što dovodi do osećaja izostanka podrške i razumevanja koje im je u tom momentu preko potrebno (Ridenour et al., 2009). Podrška od strane medicinskog osoblja tokom i nakon neuspelog tretmana izdvojena je kao značajan faktor u mogućnosti para da se suočava sa neplodnošću (Daniluk, 2001). Nasuprot lekarima koji su neretko u najvećoj meri fokusirani na statistike kao pokazatelje uspešnosti i broj ostvarenih trudnoća, pacijenti su fokusiraniji na pristup medicinskog osoblja i odluku o izboru klinike u kojoj će raditi tretman donose na osnovu stope uspešnosti, ali i kvaliteta usluge i ponašanja osoblja prema njima (Dancet et al., 2010). Slični rezultati dobijeni su u jednom istraživanju istog autora u kom su ispitanici, upitani da odgovore koji faktori su im najbitniji tokom tretmana, naveli informisanje, stav osoblja prema pacijentima, odnos sa osobljem i njihovu kompetentnost (Dancet et al., 2011). Pored toga, zadovoljstvo podrškom od strane medicinskog osoblja pokazalo se značajnim i u predikciji pristupa tretmanu i sklonosti preuranjenog napuštanja istog (Ware & Davis, 1983). Bez obzira na to, rezultati istraživanja sprovedenih u inostranstvu ukazuju da je prisutno nezadovoljstvo ovih parova odnosom sa lekarima, pre svega u domenu pripremljenosti za konsultacije i individualizovanog pristupa pacijentu. Prema mišljenju parova koji su u tretmanu neplodnosti lekari neretko dolaze na konsultacije nespremni, neupućeni u slučaj pre dolaska pacijenata, već se upoznavanje odigrava tokom samih konsultacija. Nadalje, jedna od zamerki upućivanih lekarima od strane žena koje se suočavaju sa problemom neplodnosti jeste izostanak uključivanja ili pak nedovoljno uključivanje partnera, te i dalje prisutno tretiranje neplodnosti kao ženskog problema, bez obzira na činjenicu da su muškarci u gotovo identičnom procentu nosioci dijagnoze. Više od trećine ispitanica nikada nisu bile upitane da povedu svog partnera na kliniku, iako je pokazano da su ispitanice zadovoljnije ukoliko je partner prisustvovao makar jednim konsultacijama (Souter, Penney, Hopton & Templeton, 1998). Pored navedenog, pacijentkinje upućuju zamerke načinu na koji se lekari nose sa negativnim emocijama koje se javljaju kod njih tokom različitih faza tretmana, kao i na izostanak veština savetovanja i pružanja osnovne psihosocijalne podrške (Peddie, van Teijlingen & Bhattacharya, 2005). Takođe, izostanak bavljenja emocionalnim aspektima tretmana nije prisutan samo u domenu izostanka podrške u nošenju sa negativnim emocijama, već i u domenu predočavanja emocionalnih rizika koje tretman nosi. Naime, bez obzira na prisutnost informisanja pacijenata od strane lekara o

potencijalnim fizičkim posledicama tretmana, bavljenje emocionalnim rizicima koje tretman nosi i potencijalnim posledicama u psihološkom smislu prema mišljenju ispitanica nije zastupljeno u dovoljnoj meri (Rauprich, Berns & Vollmann, 2011). U skladu sa prethodno navedenim, parovi koji odustaju od tretmana navode izostanak psihološke podrške i empatije od strane medicinskog osoblja kao jedan od važnih aspekata koje su vrednovali prilikom donošenja odluke o prestanku tretmana (Van den Broeck et al., 2009). Značajnost postojanja pozitivnog odnosa između pacijenata i medicinskog osoblja dokazana je i u kvalitativnoj studiji u kojoj je ispitanice značajno češće govore o odnosu sa medicinskim osobljem i posvećenosti, nego o ishodima tretmana. Upitane za negativna iskustva tokom tretmana, ove žene najčešće navode upravo odnos u kome dominira nepoštovanje i izostanak empatije od strane stručnjaka (Malin et al., 2001). Zadovoljstvo medicinskom podrškom ne razlikuje se u zavisnosti od tipa tretmana, nosioca dijagnoze, broja poseta lekaru, ali polje gde se dobijaju značajni rezultati jeste dužina suočavanja sa neplodnošću, i to tako da su parovi koji se duže suočavaju zadovoljniji, što istraživači objašnjavaju potencijalno realnijim očekivanjima od strane ovih parova (Sabourin, Wright, Duchesne & Belisle, 1991).

Pored navedenih, izazovi sa kojima se par susreće prilikom tretmana neplodnosti jesu i invazivne tehnike koje se primenjuju tokom tretmana (Fekkes et al., 2003), koje ne ostvaruju samo negativne efekte na percipirani stres, već i na bračni odnos, posebno njegov seksualni aspekt (Pasch & Christensen, 2000). Kao bitan faktor izdvaja se i geografska udaljenost, odnosno dostupnost klinika u kojima se sprovode tretmani, odnosno da li par živi u urbanoj sredini, u kojoj postoji više izbora, ili pak u ruralnoj gde ne postoje klinike. Navedeni resurs svakako je povezan i sa finansijama, budući da je neophodno izdvajanje dodatnih sredstava za putovanje i smeštaj tokom tretmana ukoliko se postupak vantelesne oplodnje ne sprovodi u mestu stanovanja para, a pored finansijskog pritiska, pred parove stavlja i dodatne zahteve za prilagođavanjem u situaciji kada su već dovoljno iscrpljeni (Ridenour et al., 2009).

Sociodemografski faktori

Pored socijalne podrške, medicinskih faktora i kulture, u istraživanjima je pokazano da neke sociodemografske varijable ostvaruju efekte na proces suočavanja sa stresom izazvanim neplodnošću, a jedna od ovih varijabli je svakako socio-ekonomski status. Neplodnost

predstavlja i finansijski stres za par, s obzirom na to da su tretmani neplodnosti veoma skupi i da, čak i kada su pokriveni osiguranjem, postoje aspekti za koje je neophodno da par izdvoji finansije, poput lekova, sprovođenja potrebnih analiza, odlaska na preglede, boravka u drugom mestu tokom tretmana ukoliko je neophodno itd (Olivius, Friden, Borg & Bergh, 2004). Prema rezultatima sprovedenih istraživanja, finansijski aspekt se izdvaja kao značajan faktor u suočavanju sa neplodnošću i traženju tretmana, pa su tako parovi koji imaju manje prihode manje skloni traženju tretmana, ili traže samo „osnovni nivo“ brige i tretmana neplodnosti (Becker et al., 2006).

Nadalje, kao značajan protektivni faktor izdvaja se nivo obrazovanja, pri čemu obrazovanije žene ostvaruju više skorove na kvalitetu života i psihološkom blagostanju, što autori povezuju sa potencijalno većom mogućnošću razumevanja medicinskih aspekata i interakcije sa lekarom, ali i sa višim primanjima i boljim socio-ekonomskim statusom. Obrazovanje kao protektivni faktor u suočavanju sa ovom krizom izdvaja se i u slučaju vremenski dužeg suočavanja sa neplodnošću (Zurlo, Della Volta & Vallone, 2018). Još jedno od potencijalnih objašnjenja dobijenih rezultata može se ogledati u manjem osećaju stigme kod obrazovanih žena koje se suočavaju sa neplodnošću, te manjem psihološkom pritisku ove vrste. Isto objašnjenje može se primeniti u tumačenju rezultata koji ukazuju na niži stres kod žena koji žive u urbanijim područjima i većim gradovima, za koje se pretpostavlja da je okruženje manje fokusirano na ispunjenje društvene norme u vidu preuzimanja roditeljske uloge (Ismail & Moussa, 2017). Objašnjenje rezultata o nižem stresu kod žena koje žive u većim gradovima može se tražiti u prethodno navedenoj dostupnosti većeg broja klinika u kojima je moguće sprovesti tretman, te postojanju većeg izbora i mogućnosti da tretman obave u svom gradu, bez dodatnih putovanja i odlazaka u druge (nepoznate) gradove (Ridenour et al., 2009).

Još jedno od pitanja koje je zanimalo autore jeste efekat medicinskih tretmana i dužine suočavanja, pa tako dobijeni rezultati ukazuju na to da ponovljeni medicinski tretmani, povezani sa dužim suočavanjem sa krizom ostvaruju negativne efekte na psihološko zdravlje osobe, u vidu nižeg kvaliteta života i većeg psihološkog distresa (Zurlo et al., 2018). Pored toga, negativni efekti dužine suočavanja i dužine braka dobijaju se i prilikom procene bračne usaglašenosti – žene koje su duže u braku i koje se duže nose sa ovom krizom svoj brak procenjuju negativnije (Ulbrich et al., 1990). Prema nekim autorima, dužina suočavanja sa neplodnošću predstavlja faktor rizika za procenu stresa izazvanog neplodnošću, koji kasnije dovodi do nezadovoljstva odnosom (Berg & Wilson, 1991). Veći broj tretmana i spontani pobačaji povezani su sa manjim bračnim zadovoljstvom kod žena, dok je kod muškaraca to

dužina suočavanja sa krizom (Repokari et al., 2007). Rezultati nekih studija, sa druge strane, ukazuju na veći psihološki distres tokom tretmana kod žena koje mlađe ulaze u proces suočavanja, što autori povezuju sa većim brojem pokušaja, te većim iskustvom sa tretmanima i procesom suočavanja kod starijih žena, naglašavajući zapravo njegovu protektivnu stranu (Lee, Choi & Kwon, 2019). Takođe, rezultati studija rađenih na parovima koji su se nakon ART tretmana ostvarili u ulozi roditelja ukazuju na veću bračnu kohezivnost u slučaju parova koji su imali više tretmana, što navodi na viđenje neplodnosti kao još jednog iskustva kroz koje su ovi parovi prošli zajedno i koje ih je ojačalo kao par i podsticalo učenju veština komunikacije i zajedništva (Repokari et al., 2007). Suprotno navedenim, u nekim studijama nije pokazan efekat dužine suočavanja sa neplodnošću na mentalno zdravlje žene i bračni kvalitet (npr. Ismail & Moussa, 2017), te se zapravo postavlja pitanje kada dužina suočavanja ostvaruje pozitivne, kada negativne, a kada ne ostvaruje efekte na percipirani stres izazvan neplodnošću i bračno funkcionisanje partnera.

Individualni faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost

U individualne faktore koji doprinose adaptaciji na neplodnost spadaju strategije koje osoba koristi u suočavanju sa neplodnošću, značenje koje pridaje stresoru i njegov uticaj na sliku o sebi (Ridenour et al., 2009). Za većinu odraslih roditeljstvo predstavlja jedan od najvažnijih ciljeva, ako ne i najvažniji, koji životu daje smisao i obezbeđuje status odrasle osobe i osećaj ispunjenja društvenih očekivanja, te u skladu sa tim treba posmatrati značenje koje ima za osobu (Meyers et al., 1995). Istraživanja potvrđuju da, što je veći značaj koji partneri koji se suočavaju sa ovom krizom pridaju roditeljstvu, veći je emocionalni distres i lošije partnersko funkcionisanje (Edelmann, Humphrey & Owens, 1994).

Strategije prevladavanja

U okviru Modela rezilijentnosti suočavanje se posmatra kao specifičan napor kojim individua ili porodica pokušava da redukuje ili upravlja zahtevima koji se stavljaju pred porodični sistem i obezbedi resurse da izađe na kraj sa situacijom (McCubbin & Patterson,

1983). Najveći broj instrumenata za merenje strategija prevladavanja uključuje veći broj subskala koje su grupisane u manji broj kategorija ili dimenzija (Ridder, 1997), poput strategija usmerenih na problem ili usmerenih na emocije (Lazarus & Folkman, 1984). Bez obzira na postojanje pozitivne strane ove podele, njena negativna strana ogleda se u opasnosti svrstavanja potpuno različitih strategija, kakve su recimo emocionalni pristup problemu i emocionalno izbegavanje u istu kategoriju (Benyamini et al., 2008). Nadalje, veoma je važno naglasiti da se strategije prevladavanja ne mogu same po sebi svrstati u funkcionalne i nefunkcionalne, odnosno adaptivne i maladaptivne, već je njihova adaptivnost povezana sa interakcijom osobe i prirodom stresora sa kojim je potrebno suočiti se (Lazarus & Folkman, 1984). Kroz istraživanja je pokazano da su strategije izbegavanja efikasnije u suočavanju sa akutnim stresorom, tj. kao primarna reakcija u slučaju visokog emocionalnog uzbuđenja, dok su strategije usmerene na problem efikasnije u suočavanju sa hroničnim stresorom (Rashidi, Hosseini, Beigi, Ghazizadeh & Farahani, 2011), kakav je i neplodnost.

Bez obzira na nemogućnost univerzalnog svrstavanja u adaptivne ili maladaptivne, izbegavanje, samookrivljavanje, ruminiranje i katastrofiziranje izdvajaju se kao dosledno maladaptivne strategije u kontekstu ovog problema, koje su povezane sa negativnim afektom i većom zastupljenošću stresa izazvanog neplodnošću (Kraaij, Garnefski & Vlietstra, 2008). Posmatrajući efekat strategija prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću na bračno funkcionisanje, dobija se da parovi koji koriste strategije usmerene na davanje značenja (rast ličnosti u pozitivnom smeru, traženje drugih životnih ciljeva), koji se trude da iz problema sa kojim se suočavaju izvuku pozitivne strane i definišu životne ciljeve i vrednosti odvojeno od roditeljstva, imaju više benefita po partnerski odnos od iskustva neplodnosti, od onih koji koriste druge strategije, u periodu od 5 godina (Peterson, Pirritano & Schmidt, 2011). Ove strategije, pored toga što dovode do nižeg stresa izazvanog neplodnošću, ostvaruju pozitivan efekat na osećaj kontrolabilnosti tretmana (Gourounti et al., 2012). Sa druge strane, neki od autora upozoravaju da bi strategije iz seta usmerenih na problem mogle biti nekorisne u suočavanju sa neplodnošću i snižavanju stresa, budući da se zapravo radi o stresoru koji je nekontrolabilan, te da sama činjenica da parovi koriste strategije usmerene na rešavanje problema, od kojih je osnovna svakako pribegavanje tretmanu, ne vodi nužno rešenju problema i boljoj adaptiranosti na stresor – naprotiv, nekad dovodi do povišenog stresa i negativnijih efekata (Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005).

Rezultati istraživanja ukazuju da žene koriste širi spektar strategija prevladavanja prilikom suočavanja sa neplodnošću (Schmidt, Christensen & Holstein, 2005). Na ženskom

uzorku kao značajna se izdvaja strategija traženja socijalne podrške, pri čemu se žene koje o problemu razgovaraju sa svojim partnerima i dele emocije i razmišljanja sa bliskim osobama bolje prilagođavaju problemu neplodnosti (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Pored toga, sposobnost deljenja i otvorenog pokazivanja emocija i obezbeđivanja socijalne podrške od značajnih drugih, prijatelja i porodice pokazala se efikasnom u izlaženju na kraj sa stresom izazvanim neplodnošću, značajno smanjujući šanse za probleme iz domena mentalnog zdravlja (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). Traženje socijalne podrške, fokusiranje na problem i pozitivna reinterpetacija izdvajaju se kao protektivni faktori u nošenju sa negativnim rezultatima tretmana i boljem prilagođavanju na iste (Berghuis & Stanton, 2002).

Sa druge strane, izbegavajuće strategije, osim negativnih efekata koje ostvaruju na mentalno zdravlje pojedinca, u vidu povišenog individualnog distresa, povezane su i sa višim nivoima bračnog distresa, budući da, kada jedan partner koristi izbegavanje kao strategiju suočavanja, drugi član para ima tendenciju da je koristi u istoj meri (Lykeridou et al., 2011). Da korišćenje određenih strategija prevladavanja jeste povezano sa korišćenjem istih od strane partnera govori i studija sprovedena u SAD-u, a rezultati i ove studije dosledno ukazuju na značaj korišćenja strategija usmerenih na problem, pozitivnog reinterpetiranja, razgovora o emocijama i traženja socijalne podrške, kao i što manju zastupljenost strategija iz domena izbegavajućih (Berghuis & Stanton, 2002). Izbegavajuće strategije u nekim istraživanjima izdvajaju se kao najsnažniji prediktor pada u bračnoj prilagođenosti (Peterson et al., 2006), a ono što je pokazano je da su, zajedno sa oslanjanjem na socijalnu podršku, češće korišćene od strane žena nego od strane muškaraca (Yilmaz & Oskay, 2017). Ono što ovu strategiju čini kontraproduktivnom jeste činjenica da sve potiskivane negativne emocije, sećanja i misli vezane za tretman imaju tendenciju da se ponovo jave, i to najčešće u intenzivnijem obliku (Chochovski, Moss & Charman, 2013). Ipak, prema rezultatima nekih istraživanja upravo pasivne izbegavajuće strategije jesu one koje su najčešće korišćene među ženama koje se suočavaju sa neplodnošću, što autori objašnjavaju time da ove žene smatraju da im je jedino preostalo da se nadaju čudu ili da čekaju (Aflakseir & Zarei, 2013; Hess et al., 2018; Yilmaz & Oskay, 2016). Ono što je potrebno naglasiti prilikom navođenja ovog rezultata jeste da se radi o istraživanjima sprovedenim u tradicionalnijim kulturama gde je prisutna velika stigma nad ovim ženama, sa čim se dobijeno izbegavanje može povezati (Hess et al., 2018).

Nadalje, pri ispitivanju strategija prevladavanja koje su najčešće korišćene dobijeno je da neke demografske karakteristike, poput obrazovanja, ostvaruju značajne razlike. Naime, žene koje imaju više obrazovanje manje su sklone korišćenju pasivnih i aktivnih strategija iz

seta izbegavajućih, od onih sa nižim obrazovanjem. Korišćenje strategija usmerenih na problem od strane ovih žena autori objašnjavaju većom usmerenošću ka traženju informacija i generalno odgovornijim i proaktivnijim ponašanjima u domenu zdravlja kod visoko obrazovanih (Ismail & Moussa, 2017). Nasuprot navedenom, Šmit i saradnici (Schmidt et al., 2005) dobijaju da žene višeg socio-ekonomskog statusa i obrazovanja manje koriste aktivno-konfrontirajuće strategije i strategije davanja značenja, što objašnjavaju time da se ove strategije pre svega odnose na traženje informacija o tretmanu, te da su žene višeg statusa možda već dovoljno informisane, pa imaju manju potrebu za tim. Neki drugi istraživači, pak, dobijaju da razlike u korišćenju određenih strategija prevladavanja ne postoje u zavisnosti od nivoa obrazovanja (D'Souza Vinitha & Shobha, 2015). Iako je pokazano da određene strategije prevladavanja imaju ulogu bafera između stresa izazvanog neplodnošću i psihološkog zdravlja, u istraživanju u kom je u obzir uzeta i dužina suočavanja sa ovim problemom, dobijeno je da ona nadjačava postojanje ovih bafer mehanizama, što ukazuje na to da nije samo produžena upotreba izbegavajućih strategija, već čak i strategija rešavanja problema i pozitivan stav mogu predstavljati faktor rizika u slučaju dugog trajanja ove krize (Zurlo et al., 2018).

Relacioni faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost

Tokom medicinskog tretmana i procesa suočavanja sa neplodnošću generalno, u okviru partnerskog funkcionisanja dešavaju se brojne promene u njegovim različitim domenima, kakva su očekivanja od braka i roditeljskih uloga, finansijski aspekt, intimnost i seksualnost, odnosi sa prijateljima i porodicama porekla, kao i slobodno vreme, koje je, u većini slučajeva, više usmereno na problem i istraživanje načina rešenja i nošenja sa istim. Istraživanja pokazuju da će, nasuprot shvatanju o nužno negativnom efektu koji se dobijao u nekim istraživanjima (npr. Onat & Beji, 2012), efekat koji neplodnost ima na brak zavisi od relacionih faktora, u koje spadaju pre svega komunikacijske veštine: otvoreno pokazivanje emocija, evaluacija odnosa i zajedničko donošenje odluka (Ridenour et al., 2009). Komunikacijske veštine i donošenje odluka, prema rezultatima istraživanja, su ključni u procesu upravljanja stresom i minimiziranja potencijalnih negativnih efekata iskustva neplodnosti na bračno funkcionisanje (Sydsjo, Ekholm, Wadsby, Kjellberg & Sydsjo, 2005). Rezultati istraživanja pokazuju da kod muškaraca teškoće u komunikaciji generalno povećavaju verovatnoću napuštanja tretmana, dok je kod žena to veća učestalost konflikata u partnerskom odnosu (Vassard et al., 2012). Nadalje,

ove veštine ostvaruju efekte i na funkcionisanje parova kod kojih nakon procesa suočavanja dođe do ostvarenja u dugo željenoj roditeljskoj ulozi (Asazawa, 2015; Repokari et al., 2007), što dodatno ukazuje na istraživanje njihove uloge i kreiranje programa koji podrazumevaju rad na učenju i unapređivanju istih.

Komunikacija

Komunikacija je jedan od ključnih procesa dobro prilagođenog porodičnog funkcionisanja (Olson, 2000). Dobre komunikacijske veštine predstavljaju veoma važan aspekt zdravog partnerskog odnosa koji ostvaruje efekte na sve ostale aspekte veze ili braka, poput zadovoljstva seksualnim aspektom veze i intimnosti (Van der Merwe, 2010). Prema mišljenju Geritija (Gerrity, 2001), prilikom suočavanja sa neplodnošću komunikacija među partnerima je ključna, budući da oni predstavljaju primarni, a ponekad i jedini izvor podrške jedno drugom.

Ispitujući povezanost iskustva neplodnosti, tj. stresa izazvanog neplodnošću i komunikacije dobijaju se kontradiktorni rezultati. Sa jedne strane, postoje studije koje ukazuju na učestaliju i bolju komunikaciju među parovima. Kako navode ovi parovi, iskustvo neplodnosti je ono što čini da više komuniciraju, što posledično vodi povišenoj intimnosti, što dovodi do tzv. „*bračnog benefita*“, koncepta prepoznatog od strane grupe istraživača koji su se bavili ovom temom u svojoj longitudinalnoj studiji. Na osnovu rezultata spomenute studije čak 90% parova navodi da kvalitet njihove komunikacije nije opao tokom suočavanja sa krizom neplodnosti (Schmidt et al., 2005). Sa druge strane, neki parovi govore o smanjenju interakcije i manjoj zastupljenosti komunikacije usled stresa izazvanog neplodnošću, odnosno da što je stres izazvan neplodnošću veći, to je komunikacija među partnerima slabije zastupljena (Newton et al., 1999; Van der Merwe, 2010; Van der Merwe & Greeff, 2015). Istraživači ove rezultate objašnjavaju činjenicom da se iskustvo neplodnosti uglavnom otkrije relativno na početku braka, te da neki parovi zapravo ne budu u prilici da nauče veštine funkcionalne komunikacije, kao i time da se izostanak komunikacije može razumeti kao potencijalno izbegavanje toga da se partner ili oni sami osećaju loše (upravo zbog navedenog, neplodnost je kroz literaturu nazivana i „*tiha kriza*“), budući da se radi o bolnom iskustvu (Eunpu, 1995). Nadalje, loša komunikacija među parovima može biti rezultat postojanja rodni razlika u pristupu – dok su žene te koje žele da razgovaraju o svojim negativnim emocijama, muškarci

izbegavaju da govore o svom bolu. U ovoj situaciji, žene se mogu osećati napušteno od strane svog partnera, a muškarci, sa druge strane, anksiozno, usled stalnog insistiranja za razgovorom od strane supruge, što vodi dodatnom povlačenju. Što se muškarci više povlače, žene se više osećaju napušteno i usamljeno i imaju potrebu da insistiraju na razgovoru o problemu. Opisani cirkularni obrazac interakcije među partnerima može rezultirati izolacijom, baš u momentu kada jedno drugom trebaju najviše (Williams, Bischoff & Ludes, 1992).

Komunikacija unutar para može imati medijatorsku ulogu između stresa izazvanog neplodnošću i bračnog funkcionisanja. Visok nivo stresa izazvanog neplodnošću može biti povezan sa lošijom komunikacijom među partnerima, što može voditi lošijoj bračnoj prilagođenosti usled nesporazuma nastalih zbog lošije komunikacije (Van der Merwe & Greeff, 2015). U prilog ovome govore rezultati studija na osnovu kojih partneri koji svoju komunikaciju procenjuju lošijom percipiraju efekat neplodnosti na brak negativnijim (Bradbury, Fincham & Beach, 2000). Sa druge strane, parovi koji se suočavaju sa neplodnošću, a u čijem odnosu je prisutna pozitivna razmena, koji dele emocije i razumeju osećanja druge osobe, ohrabrujući je tokom tretmana, jesu oni koji svoj brak procenjuju boljim (Onat & Beji, 2012). Pozitivno procenjena komunikacija među članovima para izdvaja se kao protektivni faktor koji pomaže paru da ostanu povezani u vreme kada je jedan od najvećih potencijalnih izazova koji se pred njih stavlja potencijalno razdvajanje usled nošenja sa problemom. Potvrda sopstvenih emocija koju dobijaju kroz proces komunikacije čini da se članovi para osećaju kao da su u ovoj borbi zajedno i da nisu sami (Bedard, 2019). Bez pozitivne razmene među partnerima, u procesu suočavanja sa neplodnošću parovi se mogu osećati usamljeno i socijalno izolovano, što, pored efekata na partnerski odnos, ostvaruje efekte i na mentalno zdravlje pojedinca i povećava simptome depresije (Gerrity, 2001). Evaluacija odnosa, odnosno zajednički razgovor o odnosu, povećava sposobnost para da dođe do zajedničkih izazova i, kako istraživanja pokazuju, rezultira jačanjem veze (Webb & Daniluk, 1999). Bolja komunikacija među partnerima povezana je sa boljom bračnom prilagođenošću generalno, dok lošija komunikacija ostvaruje negativne efekte na prilagođenost i bračnu funkcionalnost (Van der Merwe, 2010). Navedeno je potpuno očekivano budući da komunikacija predstavlja ključ uspešnog braka i jedan od najznačajnijih, ako ne i najznačajniji, proces prilikom nošenja sa svim vrstama stresora (Gottman, 1982).

Bitan aspekt u procesu suočavanja sa neplodnošću i veoma zastupljena tema u literaturi koja se bavi ovom tematikom jeste zajedničko donošenje odluka (Walsh, 2002). Kompleksnost i nemogućnost predvidivosti ishoda u dodatnoj meri otežavaju proces donošenja odluka kod ovih parova (Mathur, 2018) i ukazuju na značaj deljenja ovog iskustva među partnerima. Rezultati istraživanja su ohrabrujući i ukazuju na visoku zastupljenost zajedništva i posmatranje neplodnosti kao dijadnog problema (Molgora et al., 2019; Phillips, Elander & Montague, 2014). Navedeni rezultati dobijeni su i u studiji sprovedenoj na uzorku iz naše zemlje, pri čemu je zajedništvo najviše zastupljeno pri odluci o započinjanju tretmana (Jestrović i Mihić, 2020a). Ipak, bez obzira na visoko zastupljeno zajedništvo prilikom suočavanja sa ovim problemom, tretman neplodnosti u određenoj meri i dalje se posmatra kao „*posao žene*“ (Naab & Kwashie, 2018). Rezultati istraživanja ukazuju na dominantan stav da je osoba na koju odluka najviše utiče je ona koja bi trebalo da donese krajnju odluku, što u ovom slučaju, zbog celokupnog postupka koji se sprovodi u/na ženskom telu, jeste žena (Mathur, 2018). Bez obzira na činjenicu da žena zaista jeste u većoj meri fizički uključena u tretman neplodnosti, ipak se ne sme zanemariti da se radi o odluci koja ima implikacije na dalji tok života oba partnera, te se zapravo postavlja pitanje da li se može reći da je žena ona na koju ova odluka utiče najviše, ili ona ima podjednak efekat na oba člana para (Johnson & Johnson, 2009). Istraživanja pokazuju da čak i kada su oba partnera uključena u proces donošenja odluka, završnu odluku o tretmanu muškarci prepuštaju svojim partnerkama, s obzirom na to da su one te koje će u većoj meri biti uključene u medicinski tretman (Sol Olafsdottir, Wikland & Moller, 2012), kao i to da se one prilikom tretmana vode kao pacijenti, bez obzira ko je nosilac dijagnoze (Olayemi, 2010). Posebno značajnom izdvaja se odluka o početku tretmana, a istraživanja pokazuju da žene koje sebe percipiraju kao same u procesu donošenja odluke o početku tretmana doživljavaju veći stepen bračnog i seksualnog nezadovoljstva (Pepe & Byrne, 1991). Partneri bi trebalo da razumeju stavove druge osobe po pitanju neplodnosti i da se slažu po pitanju započinjanja tretmana i nastavka nakon neuspele vantelesne oplodnje (Chang & Mu, 2008). Kako je ženama generalno bitnije da imaju biološko dete, dok su partneri skloniji traženju alternative (Volgsten et al., 2010), neka njihova ponašanja mogu dovesti do bračne disharmonije, poput recimo ubeđivanja žene da potraže alternative tretmanu, sa namerom da zaštite svoje supruge od negativnih posledica nastavka tretmana (Pasch & Christensen, 2000). Iako pokrenuto sa potpuno drugom namerom, usled razumevanja kompleksnosti celog tretmana i efekata koje

ovaj tretman ostavlja, prepuštanje krajnje odluke ženi od strane muškaraca one mogu razumeti kao neuključenost partnera i prebacivanje odgovornosti, što može dovesti do kontraefekta. Zbog toga je veoma važno razgovarati o ovome i objasniti stav o prepuštanju odluke ženi. Uključenost muškarca u tretman i pokazivanje interesovanja da razgovara o tome dovodi do povećanja pozitivne percepcije odnosa od strane žena (Daniluk, 2001). S obzirom na to da su žene generalno više uključene u pokušaje za ostvarivanje potomstva, žele više da pričaju o tome. Kada naiđu na uključenost i pokazivanje interesovanja za razgovor o tome od strane partnera, raste osećaj bliskosti i zajedništva. Nasuprot tome, ukoliko uključenost partnera percipiraju niskom, to ostvaruje negativne efekte na bračno funkcionisanje, u kome dominira hostilnost (Jenkins, 2019). Rezultati sprovedenih istraživanja ukazuju na to da zajedništvo ima veću ulogu u proceni kvaliteta odnosa kod žena, što se može objasniti činjenicom da žene generalno više pažnje obraćaju na ponašanje partnera i evaluiraju ga, nego što to rade njihovi partneri (Bodenmann, Pihet & Kayser, 2006). Prema mišljenju nekih autora, percepcija veće uključenosti partnera tokom celokupnog procesa suočavanja dovodi do osećaja ispunjenosti, a ovaj osećaj povećava bračnu prilagođenost (Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind & Ferreira, 2013).

Pored direktne povezanosti sa bračnom prilagođenošću, rezultati istraživanja potvrđuju postojanje medijatorske uloge zajedništva u odnosu između mentalnog zdravlja partnera, stresa izazvanog neplodnošću i individualnih strategija prevladavanja, sa jedne, i bračne prilagođenosti, sa druge strane (Bodenmann, 2005; Donato, Iafrate, Barni & Bertoni, 2009), što potvrđuje njegovu protektivnu ulogu i značajnost postojanja istog kod parova koji se suočavaju sa ovom krizom.

Bračna funkcionalnost kao pokazatelj rezilijentnosti

U planiranom istraživanju, rezilijentnost će biti posmatrana kao ishod, kroz bračnu funkcionalnost percipiranu od strane žena, koja se zapravo odnosi na procenu žene o tome koliko ona i muž postižu harmonične i funkcionalne bračne odnose, konflikte rešavaju tako da se osećaju zadovoljno svojim brakom i samim sobom, razvijaju zajednička interesovanja i aktivnosti i osećaju da brak ispunjava njihova očekivanja (Sabatelli, 1988). Za razliku od bračne funkcionalnosti koja predstavlja ishod, relacioni faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost

odnose se na procese, pre svega komunikacijske, koji doprinose određenom ishodu (Ridenour et al., 2009), pa i bračnoj funkcionalnosti.

Na osnovu rezultata istraživanja koje je sprovedeno sa ciljem razumevanja adaptacije na neplodnost, a koje je rađeno kako na ženama koje se suočavaju sa ovim problemom, tako i na onima iz opšte populacije, čak 72.5% ispitanica iz celokupnog uzorka smatra kvalitetan partnerski odnos pokazateljem dobre adaptiranosti na neplodnost, što zajedno sa mentalnim zdravljem članova para čini najčešće navođeno shvatanje (Jestrović, Radovanović i Mihić, 2018). Navedeni rezultati predstavljaju osnovu za posmatranje rezilijentnosti kroz percipiranu bračnu funkcionalnosti na uzorku iz Srbije.

Osim toga, brojne su studije koje govore o negativnim efektima neplodnosti na brak, poput nižeg nivoa zadovoljstva brakom od parova koji nemaju ovaj problem (Onat & Beji, 2012) ili nižeg nivoa bračne stabilnosti percipiranog od strane žena (Wang et al., 2007; Šakotić-Kurbalija i sar., 2018). Istraživanja ukazuju na povećanje učestalosti konflikata i nasilja među partnerima (Hasanpoor-Azghdy Simbar & Vedadhir, 2015), kao i broja razvoda kod parova koji se bore sa neplodnošću (Kjaer et al., 2014). Nadalje, promene u partnerskom funkcionisanju i kvalitetu odnosa vidljive su i u aspektu seksualnih odnosa. U skladu sa savetima lekara, seksualni odnosi su prisutni u određeno vreme, sa ciljem ostvarivanja trudnoće, što parovi opisuju kao „robotizovane“ i percipiraju nedostatak strasti, što posledično dovodi do pada zadovoljstva u ovom aspektu (Glover, McLellan & Weaver, 2009).

Ipak, bavljenje ovom temom dovodi do kontradiktornih rezultata, pa tako Grejl (Greil, 1997) navodi potpuno suprotno, odnosno da parovi ovo iskustvo vide kao podsticaj za razvijanje veće bliskosti među njima. Benefiti iskustva neplodnosti na partnerski odnos prvo su otkriveni kroz narrative ispitanika u kvalitativnim istraživanjima, gde se navodi značaj iskustva neplodnosti za jačanje njih kao para i unapređenje komunikacijskih veština (Daniluk, 2001). Takođe, Paš i saradnici (Pash et al., 2002) navode da neplodnost ne dovodi nužno do problema u partnerskom i seksualnom funkcionisanju para, te da pričanje o neplodnosti i bavljenje problemom čini neplodnost zajedničkim iskustvom, stresorom sa kojim se „bore kao tim“, i rezultira jačanjem veze (Repokari et al., 2007; Webb & Daniluk, 1999). Prema istraživanju Šmita i saradnika (Schmidt et al., 2005), približno 25% parova koji su u tretmanu neplodnosti imaju iskustvo benefita od ove krize i zbližavanja sa partnerom tokom suočavanja sa njom. Štaviše, rezultati longitudinalne studije pokazuju da trećina parova koja se nije ostvarila u roditeljskoj ulozi tokom petogodišnjeg istraživanja govori o benefitima neplodnosti na bračno

funkcionisanje (Peterson et al., 2011), što je u suprotnosti sa rezultatima istraživanja koja ukazuju na pad u zadovoljstvu partnerskom relacijom nakon tri godine ili više učešća u tretmanu neplodnosti (Berg & Wilson, 1991).

Istraživanja bračnog kvaliteta kod parova koji se suočavaju sa neplodnošću u našoj zemlji su malobrojna, a njihovi rezultati govore o visokom zadovoljstvu brakom kod ovih parova (Kričković Pele i Zotović Kostić, 2018) i nepostojanju razlike u kvalitetu braka između ovih parova i parova iz opšte populacije (Jestrović i sar., 2016). Ipak, u istom istraživanju ispitanice podršku partnera procenjuju visokom, a dobijene su i značajne korelacije između percipirane podrške i bračne kohezivnosti, slaganja partnera i dijadnog zadovoljstva, što može ukazivati na protektivni značaj podrške partnera tokom procesa suočavanja. Iako ispitanice u istraživanju Kričković Pele i Zotović Kostić (2018) navode visoko zadovoljstvo brakom, četvrtina njih procenjuje da su se odnosi u braku pogoršali nakon saznanja i započinjanja procesa suočavanja sa sterilitetom.

Rezultati svih navedenih istraživanja upućuju na to da kriza sama po sebi ne dovodi nužno do lošijeg bračnog funkcionisanja, te da se bračna funkcionalnost može posmatrati kao indikator rezilijentnosti, odnosno da oni parovi kod kojih je bračna funkcionalnost procenjena višom zapravo jesu rezilijentniji, parovi sa više razvijenih protektivnih kapaciteta koji im omogućuju rast iz nerazvojne krize neplodnosti, što predstavlja jedno od osnovnih shvatanja rezilijentnosti (Chochovski et al., 2013). Nadalje, bračna prilagođenost se, na osnovu rezultata istraživanja, pokazala najznačajnijim indikatorom dobrog porodičnog funkcionisanja (Greeff, 2000), što dodatno ide u prilog shvatanju iste kao indikatora rezilijentnosti.

Uloga psihologa i drugih profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja u radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću

Prvo pojavljivanje psihologa, tj. stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja na klinikama za tretman neplodnosti vezuje se za 1930-e godine, kada se za gotovo trećinu parova koji se suočavaju sa ovim problemom nije znalo šta je u osnovi nemogućnosti začeca, a uloga psihologa se ogledala u otkrivanju psiholoških faktora koji imaju udela u tome, odnosno povećavanju verovatnoće začeca kroz rad na njima (Patel, Sharma & Kumar, 2018). Nekoliko decenija kasnije, 1970-ih godina, istovremeno sa radom na razvoju asistiranih reproduktivnih

tehnologija, pojavljuju se prvi pokušaji izučavanja biopsihosocijalnih aspekata neplodnosti, a prva osoba koja je prepoznala efekat medicinskih tretmana na funkcionisanje osobe i pokazala interesovanje za psihološki stres izazvan neplodnošću i psihološke aspekte ovog problema bila je Barbara Mening (Barbara Menning), medicinska sestra koja je radila sa parovima sa problemom neplodnosti. Prepoznajući značaj psiholoških aspekata, ova medicinska sestra osniva prvu grupu za podršku namenjenu ovim ljudima pod nazivom „RESOLVE“, a kasnije i objavljuje prvu knjigu sa savetima za samopomoć (Boivin & Gameiro, 2015). Takođe, naglašava važnost postojanja stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pri klinikama koje rade tretmane neplodnih parova, kao i postojanje naučnika u ovoj oblasti (Wallach & Menning, 1980). Kao posledica navedenog, do tada sprovedena istraživanja koja su se ticala isključivo medicinskih aspekata neplodnosti 80-ih godina prošloga veka počinju da se upotpunjuju i istraživanjima koja za predmet imaju psihosocijalne aspekte ove krize (Matthews & Matthews, 1986).

Psihološka podrška parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti ugrubo se može podeliti u dve struje. Prva od njih se odnosi na napore psihologa da zajedno sa parovima dođu do značajnih psiholoških faktora koji mogu biti u osnovi nemogućnosti začeca, poput nerazrešenih konflikata i strahova, kako bi se optimizovale stope začeca kod pacijenata – stres posmatran kao *uzrok neplodnosti*. Druga struja odnosi se na rad sa psihološkim posledicama neplodnosti, te redukciji distresa povezanog sa tretmanom – stres posmatran kao *posledica suočavanja sa neplodnošću*. Kako bi se ovi ciljevi postigli, intervencije koje psiholozi primenjuju u radu sa ovim parovima kreću se od onih baziranih na edukaciji parova i pojedinaca, do veoma kompleksnih intervencija kakve su različiti oblici psihoterapije i primena integrativnih programa (Patel et al., 2018). Noviji trendovi pokazuju prelazak sa dominantne fokusiranosti na pojedinca i njegov proces suočavanja na korišćenje grupnih pristupa, te rad na suočavanju sa krizom sa parovima (Burns & Covington, 2006). U jednom od istraživanja koje se bavilo efektom psiholoških intervencija, grupne intervencije se zapravo i izdvajaju kao one sa najvećim efektom, što autori objašnjavaju značajnošću mogućnosti deljenja iskustava i emocija, ali i učenja novih strategija za suočavanje od ljudi koji prolaze kroz istu krizu (Boivin, 2003).

Iako su se studije efekata psihološke podrške dominantno bavile ispitivanjem ovih efekata u snižavanju stresa i nivoa anksioznosti, neki od autora izučavali su i efekat podrške na ostvarivanje trudnoće. Prema rezultatima jedne od ovih studija gotovo polovina ispitanica (47%) koje su učestovale u programu kratkotrajnih psihoterapijskih intervencija nakon

neuspešnog tretmana ostvarila trudnoću, što autori povezuju sa promenama nastalim kao rezultat psihoterapije (Brandt & Zech, 1991). Nadalje, u prilog snižavanju stresa tokom psihoterapijske podrške govore i nalazi drugih istraživača koji ukazuju da je nakon četvoromesečnog programa bihejvioralne partnerske terapije u roku od 4 meseca po završetku programa trećina ispitanica ostala u drugom stanju. Pored navedenog, parovi koji su pohađali navedeni program pozitivnije su evaluirali svoj odnos i postizali niže skorove na anksioznosti (Bents, 1991). Ipak, rezultati do sada sprovedenih meta studija su kontradiktorni, pa tako jedni ukazuju da ne postoji povezanost psihološke podrške i stopa začeća (Boivin, 2003), dok drugi ukazuju na pozitivne efekte psihološke podrške na stopu začeća (Hämmerli, Znoj & Barth, 2009), pri čemu se najuspešnijom izdvaja kognitivno-bihejvioralna terapija (Frederiksen et al., 2015). Nalazi dobijeni u nekim drugim studijama, pak, ukazuju na izostanak značajnosti primenjenog modaliteta, budući da ispitanice iz obe grupe (kognitivno-bihejvioralna i grupa u kojoj je korišćen pristup više usmeren na emocije) pokazuju gotovo jednaku stopu začeća (54 i 55%), koja je značajno veća od kontrolne grupe, u kojoj iznosi 20% (Domar et al., 2000). Studije koje su se bavile ispitivanjem beneficija na partnerski odnos ukazuju na snižen bračni distress kod parova koji su pohađali šestomesečni program kognitivno-bihejvioralne psihoterapije (Tuschen-Caffier, Florin, Cause & Pook, 1999). Nadalje, rezultati studije u kojoj je meren efekat programa za učenje veština upravljanja stresom i komunikacije ukazuju na to da je komunikacija među partnerima koji su pohađali ovaj program učestalija, smirenija i manje dramatična (Schmidt, Tjørnhøj-Thomsen, Boivin & Andersen, 2005). Ipak, uprkos poboljšanju veština komunikacije, rezultati ove studije ne ukazuju na značajnu redukciju stresa izazvanog neplodnošću. Dobijene podatke autori objašnjavaju mogućnošću da češće i dublje diskusije među partnerima o važnim aspektima krize sa kojom se suočavaju jačaju zajedništvo među partnerima, bez redukcije generalnog stresa. Kontradiktornost navedenih rezultata ukazuje na značaj dolaženja do konkretnijih podataka, kao i pravljenja empirijski zasnovanih programa podrške (Domar, 2015). Na osnovu navedenih rezultata, kao i evaluacija učesnika koji su pohađali određene programe, psihološka podrška je nesumnjivo korisna, a zadatak studija koje će se sprovoditi u budućnosti nije da odgovore na pitanje *da li* je psihološka podrška korisna, već *kakva podrška, kome i u kom momentu* je korisna.

Nadalje, još jedno od čestih pitanja koje se postavlja kada se govori o psihološkoj podršci jeste, ako se već pokazala korisnom, *zbog čega je tako malo korišćena?* Rezultati istraživanja sprovedenih još osamdesetih godina prošloga veka, kada je priča o važnosti psihološke podrške tokom lečenja neplodnosti tek počela da se pojavljuje ukazuju na to da

parovi procenjuju da bi im ovaj vid podrške bio koristan (52% parova), a najveću korist vide u podršci sa izlaženjem na kraj sa čekanjem rešenja i u domenu rešavanja konflikata koji proizilaze iz medicinskog tretmana (Hernon et al., 1995; Shaw, Johnston & Shaw, 1988). Čak 70% ispitanika se izjasnilo da bi voleli da im je ponuđena psihološka podrška, a integraciju psihološke podrške u tretman neplodnosti smatraju veoma značajnom (Sundby, Olsen & Schei, 1994). Bez obzira na sve navedeno, rezultati iz prakse pokazuju da svega nekoliko njih zaista prihvati psihološku podršku u okviru tretmana neplodnosti ili je potraži van centara za vantelesnu oplodnju (Strauss, 2001). U prilog navedenom govore i rezultati istraživanja koje je uključivalo 2/3 klinika iz Velike Britanije, a u kom je dobijeno da manje od četvrtine pacijenata koristi psihološku podršku koja im je ponuđena (Hernon, Harris, Elstein, Russell & Seif, 1995). Dodatna potvrda dobijena je i u istraživanju koje se bavilo ispitivanjem informisanosti o postojanju podrške i njenom korišćenju - bez obzira što je čak 80% pacijenata bilo informisano o postojanju grupa za podršku, svega 5% je bilo njihov član (Sundby et al., 1994). Jedno od objašnjenja ovakvih podataka može se tražiti u nedovoljno zastupljenoj saradnji između psihologa i lekara koji se bave problemom neplodnosti. Iako je jedan od zadataka lekara koji rade sa ovim parovima prepoznavanje visokorizične grupe, odnosno parova sa visoko zastupljenim distresom, te upućivanje istih na profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja, pitanje je koliko njih zaista to primenjuje u praksi (Gameiro et al., 2015). Još jedno od mogućih objašnjenja odnosi se pitanje privatnosti, kao i strah da će biti percipirani kao emocionalno ili mentalno nestabilni, ali i na praktične aspekte poput finansija i zakazivanja termina, kao i nedovoljno informacija kome da se obrate (Hernon et al., 1995). Poslednje navedeno može biti povezano sa pretpostavkom o nedovoljno razvijenoj saradnji između psihologa i lekara. Nadalje, jedan od razloga male stope korišćenja ove podrške može biti i nedovoljno zastupljen stres (Pook, Rohrle, Tuschen-Caffier & Krause, 2001), što se može izvesti iz rezultata studije u kojoj su ispitanici kod kojih je stres povodom neplodnosti više zastupljen bili oni koji su se izjasnili da bi sa većom verovatnoćom ovu podršku koristili u budućnosti (Boivin, Scanlar & Walker, 1999). Naravno, pitanje koje i dalje ostaje na osnovu rezultata prethodno navedenih studija jeste da li bi se ovi ljudi zaista obratili za podršku.

Tradicionalna uloga psihologa u kontekstu neplodnosti ogleda se u psihološkoj proceni, psioedukativnoj podršci i individualnom i partnerskom savetovanju (Grill, 2015). Sažeto posmatrano, aspekti obuhvaćeni psihološkom podrškom odnose se na:

- jačanje sposobnosti suočavanja sa neplodnošću;

- redukciju potencijalnih konflikata među članovima para;
- unapređivanje veština komunikacije među partnerima, kao i komunikacije para sa lekarima;
- rad na prihvatanju mogućnosti da medicinski tretman neće dovesti do rešenja problema, odnosno začeca i
- obezbeđivanje podrške prilikom nošenja sa promenama životnog stila i planova za budućnost (McDaniel et al., 1992).

Ipak, u poslednje vreme, kada se govori o ulozi psihologa u kontekstu neplodnosti, autori idu korak dalje od direktnog rada sa parovima ili pojedincima. Naime, pored psihološke podrške usmerene direktno ka pacijentima i preporuke da svi parovi koji iskuse neuspeli tretman posete psihologa ili stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, rezultati istraživanja i iskustva iz prakse ukazuju na značaj psihologa u edukaciji lekara i medicinskih sestara kako da komuniciraju sa pacijentima, posebno u domenu saopštavanja loših vesti, edukacije pacijenata o negativnim efektima nekih od njihovih navika na tretman neplodnosti, te podsticanju zajedničkog donošenja odluka o tretmanu (Domar, 2015). Navedeno je posebno značajno uzimajući u obzir rezultate o značaju odnosa sa lekarima za procenu generalne podrške koju dobijaju od lekara (Malin et al., 2001). Rezultati istraživanja ukazuju da su pacijenti više zadovoljni stavom osoblja ukoliko su oni prošli trening za sticanje veština i tehnika empatije (Garcia et al., 2013). Takođe, rad psihologa pri centrima/klinikama u kojima se sprovodi vantelesna oplodnja trebalo bi da obuhvata i pružanje podrške stručnjacima koji se suočavaju sa simptomima sindroma izgaranja (eng. *burn-out*), budući da posao koji obavljaju svakako spada u kategoriju visokorizičnih za razvoj istog (Grill, 2015).

U skladu sa navedenim, prema definiciji Evropskog društva za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE), psihosocijalna podrška odnosi se na omogućavanje optimizacije brige i rad na psihološkim i socijalnim aspektima neplodnosti parovima, njihovim porodicama i profesionalcima koji rade sa njima (2008). Značajnost psihosocijalne podrške veoma je visoka, posebno kada se uzmu u obzir rezultati koji ukazuju na to da čak 23% pacijenata prekine tretman usled percipiranog psihološkog stresa izazvanog tretmanom (Brandes et al., 2009).

Iskustvo neplodnosti u Srbiji

Pre samo nekoliko decenija rešenje koje se nudilo parovima koji su se suočavali sa neplodnošću uglavnom je bilo pomirenje sa sudbinom ili razmatranje opcije usvojenja. Sa napretkom medicine novija rešenja odnosila su se na razne vrste hormonskih terapija, a kasnije i postupak vantelesne oplodnje (Aničić, 2007). Prva beba rođena uz pomoć ovog postupka je Lujza Braun, koja je 2018. godine napunila 40 godina. Deset godina nakon Lujzinog rođenja, postupak vantelesne oplodnje počeo je da se obavlja u našoj zemlji, a prvi postupak sproveden je na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. S obzirom na resurse potrebne za sprovođenje ovih postupaka, njihovo omasovljenje zahtevalo je podršku društva. Značaj koji ovaj medicinski postupak ima generalno, a posebno u kontekstu našeg društva u kome je zastupljen fenomen *bele kuge*, prepoznat je i 2006. godine je pokrenut nacionalni program finansiranja medicinski potpomognute oplodnje (Kopitović i sar., 2011). Prvi zakon o lečenju neplodnosti medicinski potpomognutom oplodnjom u našoj zemlji donet je 2009. godine, a novi zakon stupio je na snagu maja 2017. godine. Iako Zakonom o biomedicinski potpomognutoj oplodnji iz 2017. godine² nije regulisana starosna granica, Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu³ nalaže da je gornja granica za ženu za ostvarivanje prava na postupak biomedicinski potpomognute oplodnje o trošku države 42 godine, dok starosna granica za muškarca nije definisana. Isti podatak nalazi se i u okviru Uputstva za sprovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje (BMPO)⁴ iz iste godine, što navodi na zaključak da se pravilnikom uvode neke regulative koje zakonski ne postoje, a ove kontradiktornosti izvor su nezadovoljstva prisutnog kod parova iz naše zemlje koji se suočavaju sa ovim problemom. Pored navedenog, nezadovoljstvo parova proističe i iz neprimenjivanja u praksi određenih postupaka koji su obuhvaćeni zakonom, usled izostanka detaljnijeg određenja (Kričković Pele i Zotović Kostić, 2018).

Prethodno navedeni podaci predstavljali su realnost žena koje se suočavaju sa

2 Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji „Sl. glasnik RS“, br. 40/2017 i 113/2017

3 Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu, „Službeni glasnik RS“, br. 7/2019

4 Uputstvo za sprovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje (BMPO), Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO), 28.02.2019. godine

problemom neplodnosti u momentu učestvovanja u prikazanom istraživanju, odnosno u momentu popunjavanja baterije upitnika. Nakon toga, u junu mesecu 2020. godine, doneto je novo upustvo⁵ u kom se osnovne izmene odnose na broj pokušaja vantelesnih oplodnji koji je neograničen i starosnu granicu koja je pomerena do navršениh 43 godine kod žene. Autor smatra da je značajno navesti ovu promenu s obzirom na veličinu pomaka i aktuelnost, ali da je, takođe, prilikom prikaza i tumačenja rezultata važno imati na umu podatak da je u momentu učestvovanja u istraživanju, odnosno popunjavanja baterije upitnika, realnost ovih žena izgledala drugačije, sa 3 finansirana postupka vantelesne oplodnje i starosnom granicom od 42 godine. Takođe, pored 3 postupka finansirana od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, neke lokalne samouprave parovima koji žive na njihovoj teritoriji omogućavale su finansiranje četvrtog postupka vantelesne oplodnje.

Za 14 godina, koliko je prošlo od uvođenja finansiranja medicinski potpomognute oplodnje, nastale su promene koje se odnose na broj pokušaja finansiran od strane države (u početku je to bio 1, a sada je to neograničen broj), broj klinika na kojima je moguće sprovesti postupak (od početnih 5 državnih klinika, taj broj sada iznosi čak 17; 6 državnih i 11 privatnih klinika), kao i starosnu granicu koja je tada za ženu iznosila 38, a sada 43 godine. Imajući u vidu povišen broj parova sa teškoćama u začeću u našoj zemlji, sa ciljem da usluge biomedicinski potpomognute oplodnje (BMPO) učini dostupnim što većem broju ovih parova, RFZO je sklopio ugovore o obavljanju ovih postupaka sa 11 privatnih klinika na teritoriji naše zemlje. Uzimajući u obzir da parovima koji se suočavaju sa ovim problemom svaki novi tretman vantelesne oplodnje zapravo predstavlja novu nadu o ostvarenju najvećeg sna i preuzimanju roditeljske uloge, pomak koji se odnosi na broj tretmana zaista je veliki i značajan u kontekstu ovog problema. Pored neminovnog značaja u medicinskom kontekstu i povećanju šansi za uspeh svakog para sa svakim novim pokušajem, ova odluka se može posmatrati pozitivnom i u psihološkom smislu. Naime, ograničen broj pokušaja, odnosno tretmana vantelesne oplodnje, pored medicinske barijere, može predstavljati i psihološku barijeru i dovesti do povišenog nivoa stresa kod ovih parova, za koji je pokazano da ostvaruje negativne efekte na sam ishod tretmana (Domar et al., 2000). Ipak, polje oko koga parovi i dalje iskazuju nezadovoljstvo, bez obzira na evidentne pomake, jeste postojanje starosne granice. Na osnovu komparacije sa drugim evropskim zemljama, u kojim je ova granica 45 godina, zavisi od

⁵ Uputstvo za sprovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja (BMPO), Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO), 26.06.2020. godine

reproduktivnog perioda, ili je uopšte nema (Berg Brigham, Cadier & Chevreul, 2013), nezadovoljstvo ovih parova se može bolje razumeti. Navedeni pomaci nisu mali i ukazuju na to da je značaj dostupnosti ovih postupaka svim parovima koji imaju problem sa začecem itekako prepoznat, te da se u budućnosti mogu očekivati dodatni pomaci kada se govori o ovom vidu podrške parovima (Bjelica, 2017).

Bez obzira na pozitivan psihološki efekat koji ostvaruje pomeranje broja finansiranih pokušaja na parove, nikakve direktne promene u psihološkom aspektu rešavanja ovog problema nisu vidljive. Zakonom iz 2017. godine predviđeno je upućivanje na psihološku podršku samo parova koji su u postupku donacije, dok za postupke vantelesne oplodnje sa sopstvenim materijalom psihološka podrška nije regulisana zakonom. Raskorak između medicinskog i psiho-socijalnog aspekta ovog problema ogleda se i u naučnom bavljenju temom neplodnosti u Srbiji – dok su radovi iz oblasti medicine, koji se tiču uspešnosti postupaka vantelesne oplodnje (npr. Mitić, Kopitović, Popović i Milatović, 1998) ili pak efikasnosti određenih lekova (npr. Kopitović i sar., 2001), prisutni još od pre dve decenije, radovi iz oblasti psiho-socijalnog aspekta počeli su da se pojavljuju tek pre 5,6 godina (npr. Kričković-Pele i Beker, 2014). Istraživanja zadovoljstva psihološkim aspektima brige nije bilo, te pilot studija za ovo istraživanje ujedno predstavlja i jedino istraživanje koje je za predmet imalo ispitivanje zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja. Rezultati spomenute studije ukazuju na statistički značajnu razliku u zadovoljstvu tehničkim veštinama i kompetentnošću medicinskog osoblja, sa jedne strane, i emocionalnom podrškom koju dobijaju od lekara i medicinskih sestara, sa druge, pri čemu žene kompetentnost lekara ocenjuju značajno višom od prisustva emocionalne podrške od strane medicinskog osoblja (Jestrović i Mihić, 2020b). Upravo navedeno naglašava i dalje prisutan disbalans u pogledu aspekata ovog problema i pristupa njegovom lečenju, te dominantni fokus na njegov medicinski aspekt.

Nadalje, bez obzira na navedene pomake, ljudi koji se suočavaju sa neplodnošću i dalje ih percipiraju nedovoljnim, kao i podršku sistema ovom globalnom problemu. Iskustvo žena koje se suočavaju sa neplodnošću u Srbiji govori o postojanju društvene stigme od strane šire zajednice, ali i ljudi iz bliskog okruženja. Rezultati istraživanja sprovedenog 2014. godine pokazuju da je, bez obzira na značaj pridat ovom problemu i početak bavljenja njime na državnom nivou, doživljaj ispitanica o položaju nerotkinje u našem društvu takav da upućuje na manju vrednost i prisutnost diskriminacije u vidu zahtevnijih radnih obaveza nego u slučaju žena koje imaju decu. Pored toga, ispitanice navode i sažaljenje od strane bliskih ljudi, neumesne komentare koji ih povređuju, kao i nerazumevanje od strane porodica porekla

(Kričković Pele i Beker, 2014). U istraživanju koje je imalo za cilj ispitivanje potreba za podrškom žene navode značaj razgovora o emocijama tokom svih faza tretmana, ali takođe i mogućnost prorade iskustava koja se javljaju kada se susreću sa parovima sa decom, kao i pritisaka od strane okoline (Jestrović i Mihić, 2018), što dodatno govori u prilog i dalje prisutnoj stigmati sa kojom se ovi parovi suočavaju. Na značajnost postojanja psihološke podrške ovim osobama govore i rezultati istraživanja sprovedenog u našoj zemlji koji ukazuju na postojanje većeg broja stresnih događaja i njegovom većem uticaju kod ispitanica koje se suočavaju sa neplodnošću u odnosu na ispitanice iz kontrolne grupe (Zotović i sar., 2018).

Iako je zaostajanje za medicinskim aspektom lečenja i više nego očigledno, navedeni značaj psihološke podrške u našoj zemlji polako počinje da bude prepoznat. Tokom 2019. godine otvoreno je prvo Savetovalište za vantelesnu oplodnju pri Zavodu za zdravstvenu zaštitu radnika u Kragujevcu, u kom pojedinci i parovi koji prepoznaju potrebu za psihološkom podrškom imaju priliku da ove usluge koriste besplatno. Takođe, iste godine otvoren je i Centar za vantelesnu oplodnju u Beogradu, u saradnji sa Udruženjem Šansa za roditeljstvo, koje postoji od 2016. godine i aktivno se bavi rešavanjem problema na koje nailaze ovi parovi. U okviru navedenog Centra pojedinci i parovi takođe, pored ostalih usluga, imaju mogućnost dobijanja psihološke podrške. Otvaranje ove dve institucije svakako predstavlja pomak, s obzirom na raniju situaciju sa zatvaranjem Savetovališta za pojedince i parove koji se suočavaju sa sterilitetom nakon samo 2 godine njegovog postojanja, usled neprepoznavanja značaja postojanja mesta koje je namenjeno isključivo pružanju psihološke podrške. Takođe, važno je naglasiti ulogu samog Udruženja Šansa za roditeljstvo u svim prethodno navedenim pomacima kada se radi o suočavanju sa ovim problemom. Parovi koji se suočavaju sa problemom neplodnosti mogu se javiti Udruženju za sve vrste informacija i na taj način dobiti potrebnu podršku od ljudi koji se suočavaju sa istim problemom, čiji značaj je prepoznat još 70-ih godina prošlog veka, formiranjem udruženja "RESOLVE" (Boivin & Gameiro, 2015).

Ipak, bez obzira na otvaranje navedenih centara, u našoj zemlji još ne postoji nikakva organizovana i na empirijskim rezultatima zasnovana podrška ovim parovima, već se rad sa njima svodi na radionice, savetovanja i psihoterapiju. Na osnovu prethodno sprovedenog istraživanja o potrebama žena u našoj zemlji, ali i istraživanja sprovedenih u inostranstvu i programa podrške koji tamo postoje, kreiran je *Program podrške za parove koji se suočavaju sa sterilitetom – 3PS* (Jestrović, Branković i Šilić, 2017), prvi strukturisani program podrške ovim parovima. Ovaj program predstavlja uvod u bavljenje psihološkom podrškom parovima u Srbiji, ali, nažalost, i dalje samo na nivou pojedinaca koji prepoznaju potrebu za podrškom i

spremni su da je traže (Jestrović, Branković, Šilić i Mihić, 2018). U tom smislu, dalja misija psihologa i generalno profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa ovim parovima trebalo bi da se ogleda u sprovođenju istraživanja, dobijanju empirijskih podataka i, na osnovu istih, formiranju sličnih programa i smernica, te njihova dalja implementacija u klinike koje se bave vantelesnom oplodnjom. Na osnovu evaluacija parova koji su prošli kroz pomenuti program, činjenica da je isti izolovan od klinike gde sprovode tretman činila je da se osećaju opuštenije, slobodnije i lakše podele neka iskustva. Sa druge strane, pak, ukoliko bi ovakvi programi postojali pri klinikama i činili sastavni deo tretmana, velika je verovatnoća da bi veći broj parova gledao pozitivno na njih, učestvovao i samim tim imao priliku da proradi svoje iskustvo, prepozna emocije, nauči strategije suočavanja i unapredi svoj odnos. Na samom kraju, posmatrajući sa druge strane, idealan scenario bi zapravo trebalo da se ogleda u tome da parovi mogu slobodno da razgovaraju i podele iskustva upravo u okviru klinika u kojima se leče od neplodnosti, te da ove klinike budu mesto na kom se osećaju dovoljno sigurno da govore o celokupnom iskustvu suočavanja. Da bi se ovo dogodilo, potrebno je da svi stručnjaci učesnici u procesu lečenja i tretmana međusobno sarađuju i budu spremni da se oslanjaju jedni na druge, s obzirom na različite oblasti ekspertize, ali i spremni da se profesionalno razvijaju u domenu psiholoških veština kakve jesu komunikacijske veštine pre svega slušanja i razumevanja, a zatim i pružanja podrške pacijentima. Iako deluje kao nešto izvan domena rada medicinskih radnika, navedene veštine u velikoj meri mogu unaprediti njihov rad i olakšati nošenje sa svakodnevnim izazovima sa kojima se susreću u radu. Na osnovu višegodišnjeg iskustva rada sa parovima sa neplodnošću, ali i saradnje sa lekarima iz ove oblasti, autor primećuje pomak i porast interesovanja od strane medicinskog osoblja, pre svega lekara, za psihološke aspekte neplodnosti.

EMPIRIJSKI DEO

Problem istraživanja i obrazloženje

Bez obzira na podatke koji govore da se 17% parova u Srbiji (RZS, 2011) suočava sa problemom neplodnosti, kao i na to da je od 2007. godine jedna od mera populacione politike državno finansiranje medicinski potpomognute oplodnje, te da je u prethodnom periodu veliki broj parova prošao kroz ovaj proces, istraživanja psiholoških aspekata neplodnosti u našoj zemlji prisutna su tek poslednjih nekoliko godina i to u veoma malom broju. Istraživači su se uglavnom bavili stavovima prema roditeljstvu i neplodnosti (Novakov, 2010) ili motivacijom za roditeljstvo žena koje se suočavaju sa neplodnošću (Kričković Pele i Zotović, 2016; Radovanović i Jestrović, 2018). Neka od sprovedenih istraživanja ticala su se ispitivanja razlika u razumevanju značenja adaptacije na neplodnost između žena koje se suočavaju sa neplodnošću i žena koje nemaju problem sa začecem (Jestrović i sar., 2018), kao i u percepciji bračne funkcionalnosti i povezanosti podrške od strane partnera i percepcije bračne funkcionalnosti u ove dve grupe žena (Jestrović i sar., 2016), ali, kada se radi o ženama koje imaju problem sa začecem, još nijedno istraživanje nije uzimalo u obzir različite grupe faktora koji joj doprinose, kao ni dužinu suočavanja sa problemom neplodnosti. Značajnost izučavanja efekata neplodnosti na bračnu funkcionalnost u našoj zemlji dodatno se ogleda u činjenici da se radi o tradicionalnom društvu, u kom je roditeljstvo jedna od osnovnih funkcija braka, te se očekuje veći efekat ove krize na bračno funkcionisanje (Greil et al., 2010). Istraživanja sprovedena u našoj zemlji ukazuju na to da žene iz naše zemlje izveštavaju o većoj zastupljenosti stresa u oblasti partnerskog odnosa, nego što je to slučaj kod ispitanica iz stranih istraživanja koje se suočavaju sa istim problemom (Milovanović, 2018). Pored toga, u odnosu na kontrolnu grupu, ispitanice sa neplodnošću navode veću bračnu nestabilnost (Šakotić-Kurbalija i sar., 2018). Nadalje, strana istraživanja ukazuju na to da je negativan efekat na partnerski odnos upravo najčešći razlog zašto parovi odustaju od tretmana (Domar, Smith, Conboy, Iannone & Alper, 2010), što dodatno ide u prilog ispitivanju protektivnih faktora i radu na unapređenju istih uz podršku stručnjaka. Ipak, bez obzira na dokazane pozitivne efekte psihološke podrške parovima sa neplodnošću, kako u domenu njihovog mentalnog zdravlja (Domar et al., 2010) i partnerskog funkcionisanja (Ying et al., 2017), tako i na samo začecé (Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgard, Zachariae & Ingerslev, 2015), u našoj zemlji i dalje ne postoje nikakvi sistematski oblici podrške ovim parovima, što dodatno motiviše na sprovođenje istraživanja na osnovu čijih rezultata bi se takvi programi mogli kreirati, te kasnije implementirati u sistem.

U prethodnim istraživanjima, zajedničko donošenje odluka i komunikacija pokazali su se značajnim samo u povezanosti između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti kod žena, ali ne i kod muškaraca (Pasch et al., 2002). Takođe, nasuprot nekih istraživača koji navode da je dužina suočavanja sa neplodnošću pozitivno korelira sa povećanjem stresa u odnosu (Edelmann & Connolly, 1986), rezultati drugih studija pokazuju da nije dužina veze ili braka i suočavanja sa problemom ta koja je povezana sa stresom u odnosu, već strategije suočavanja koje koriste – parovi koji su duže zajedno duže koriste nefunkcionalne strategije i to dovodi do povećanja stresa (Wallach & Mahlstedt, 1985).

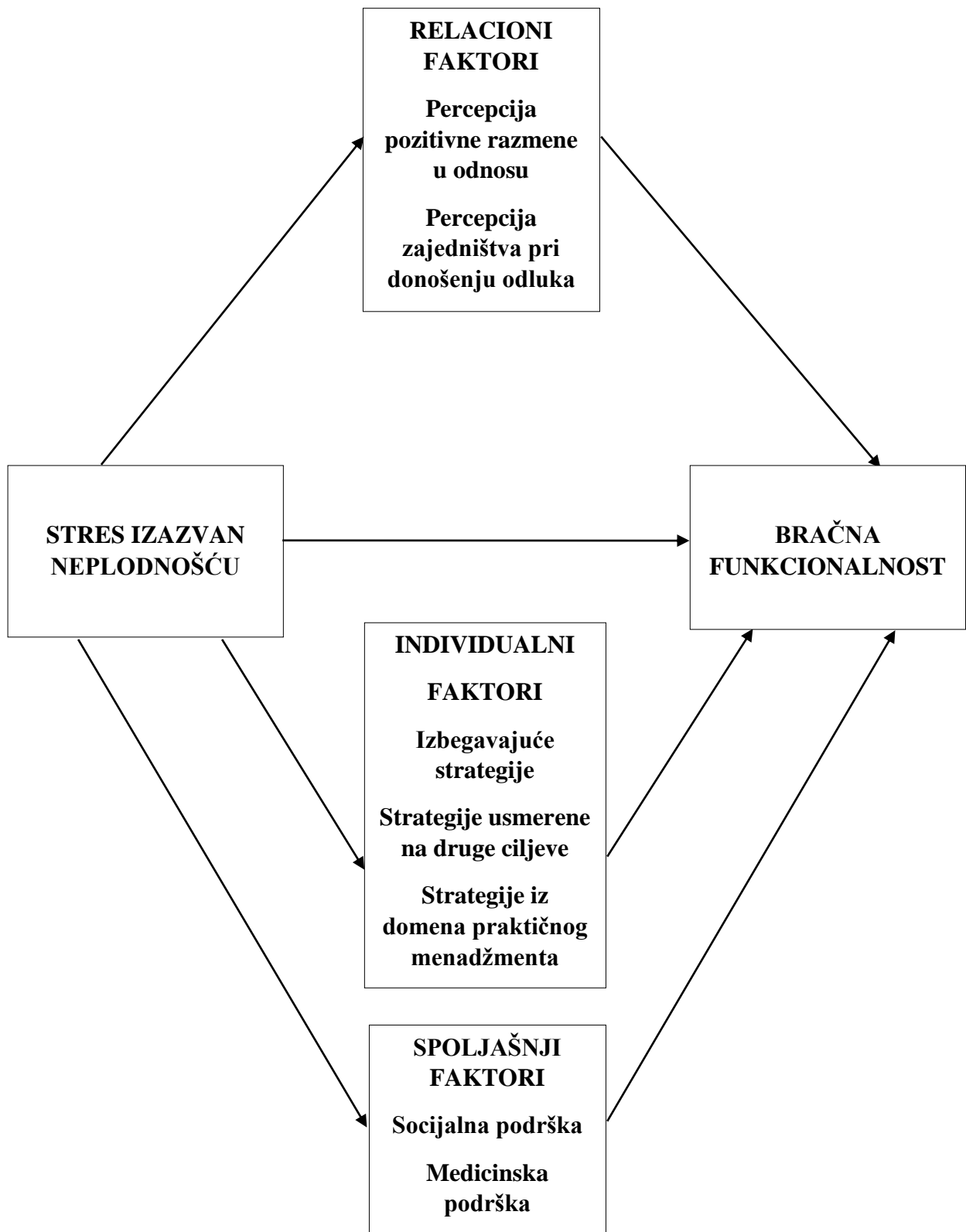
Pored toga, rezultati istraživanja pokazuju da muškarci ne doživljavaju stres izazvan neplodnošću značajno drugačije od ostalih stresnih iskustava u životu, dok je kod žena ovo stresno iskustvo percipirano značajno drugačije od ostalih (Andrews et al., 1991). Nadalje, prema rezultatima prethodno sprovedenih istraživanja neplodnost je povezana sa dramatičnom promenom u ženinim socijalnim odnosima, što neretko dovodi do osećanja izolovanosti od prijatelja koji imaju decu, dok su promene u socijalnim odnosima muškaraca koji se suočavaju sa neplodnošću gotovo zanemarljive (Leiblum, 1997). Bilo da je nosilac dijagnoze ona sama, muškarac ili oboje, žena je ta koja intenzivnije prolazi kroz ceo proces lečenja i na čijem telu se odvija tretman, zbog čega su i socijalni pritisci povodom izostanka ostvarenja u roditeljskoj ulozi dodatno usmereniji ka ženama, nego što je to slučaj sa njihovim partnerima (Zeren, 2016). Kroz istraživanja je pokazano da žene koje se suočavaju sa neplodnošću imaju više ansioznih i depresivnih simptoma i češće koriste pasivne strategije prevladavanja od žena koje se ne suočavaju sa ovim problemom, dok to sa muškarcima nije slučaj (Spinhoven et al., 1997). Ovo je potvrđeno i u istraživanju sprovedenom na parovima koji prolaze kroz prvi postupak vantelesne oplodnje u kom je 25% žena i nijedan muškarac ostvarilo skorove veće od *cut-off* skora na Upitniku generalnih pokazatelja zdravlja (*General Health Questionnaire*, GHQ-12), koji ukazuju na prisustvo psihijatrijskih poremećaja (Montagnini, Blay, Novo, Freitas & Cedenho, 2009). Takođe, rezultati istraživanja ukazuju na negativnu povezanost percipirane podrške od strane partnera kod žena i muškarčevog doživljaja stresa izazvanog neplodnošću (Martins et al., 2014), što govori o značajnosti percepcije žene o podršci ne samo u vlastitoj proceni nivoa stresa, već i u proceni njenog partnera. Nadalje, kroz istraživanja je pokazano da su interakcije među partnerima bitnije za procenu kvaliteta braka od nekih ličnih karakteristika (Booth & Johnson, 1994), kao i da procena bračnog kvaliteta od strane žena značajno i visoko korelira sa procenama njihovih muževa (Newton & Kiecolt-Glaser, 1995), te da ženino zadovoljstvo odnosom ima veći uticaj na partnerovo zadovoljstvo nego obrnuto (Kurdek,

2005).

Uzimajući u obzir navedene rezultate i to da muškarci i žene iskustvo neplodnosti doživljavaju na različite načine (Pasch et al., 2002; Spinhoven et al., 1997), ali i to da se radi o eksplorativnoj, prvoj u nizu studija koje ispituju efekat stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost i protektivne faktore u tom odnosu, planirano istraživanje biće sprovedeno samo na pripadnicama ženskog pola. Osnovni predmet planiranog istraživanja jeste utvrditi ulogu spoljašnjih, individualnih i relacionih faktora iz Modela rezilijentnosti na neplodnost u odnosu između percipiranog stresa sa jedne strane, i percipirane bračne funkcionalnosti, sa druge, iz perspektive žena koje se trenutno suočavaju sa neplodnošću. S obzirom na to da rezultati navedenih istraživanja ukazuju na kontradiktorne efekte neplodnosti na partnerski odnos (Daniluk, 2001; Onat & Beji, 2012), umesto bavljenja pitanjem da li neplodnost kao nerazvojna kriza dovodi do negativnih ili pozitivnih efekata na percepciju bračne funkcionalnosti, osnovni istraživački problem izražen je kroz pitanje *Kakva je uloga socijalne i medicinske podrške, strategija prevladavanja, pozitivne razmene i zajedničkog donošenja odluka u odnosu između percepcije stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću?* Pored toga, pitanje kojim se istraživanje dodatno bavi jeste *Postoje li razlike na navedenim varijablama uzimajući u obzir dužinu suočavanja sa neplodnošću?*

Ciljevi istraživanja

U skladu sa problemom istraživanja opšti teorijski cilj istraživanja jeste provera Modela rezilijentnosti na neplodnost iz perspektive žena. Model koji je istraživački proveravan prikazan je na Skici 2.



Skica 2. Model činilaca prilagođavanja na stres izazvan neplodnošću

Specifični ciljevi su sledeći:

1. Ispitati nivo stresa izazvanog neplodnošću, socijalne podrške, podrške od strane medicinskog osoblja, percipiranog zajedništva, pozitivne razmene i bračne funkcionalnosti, kao i zastupljenost primene određenih strategija prevladavanja;
2. Ispitati da li postoje značajne razlike na navedenim varijablama u zavisnosti od pripadnosti jednoj od tri ispitane grupe, odnosno od dužine suočavanja sa problemom;
3. Ispitati povezanost između sociodemografskih (kontrolnih) varijabli i ispitivanih zavisnih i nezavisnih varijabli;
4. Ispitati povezanost između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti;
5. Ispitati povezanost stresa izazvanog neplodnošću i medijatorskih varijabli iz seta spoljašnjih faktora (socijalne podrške i podrške od medicinskog osoblja), individualnih faktora (strategija prevladavanja iz seta izbegavajućih, strategija prevladavanja usmerenih na lični rast i strategija prevladavanja iz domena praktičnog menadžmenta) i relacionih faktora (percipiranog zajedništva pri donošenju odluka i percipirane pozitivne razmene među partnerima) sa percipiranom bračnom funkcionalnošću;
6. Ispitati efekte stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost preko medijacione uloge navedenih varijabli - opšti teorijski cilj.

Praktični cilj istraživanja bio bi ukazivanje na značaj psihološke podrške parovima sa neplodnošću, koja je u našoj zemlji uglavnom ograničena na privatne kontekste individualne i bračne psihoterapije. Rezultati ovog istraživanja pomogli bi u identifikovanju tačaka u kojima je podrška osobama koje se suočavaju sa ovom krizom potrebna, kao i tema na koje bi ova podrška trebalo da bude usmerena, kako bi bila prepoznata kao korisna. Na praktični značaj istraživanja različitih aspekata komunikacije među partnerima ukazuje i činjenica da se radi o konstrukt koji je moguće uvežbavati (Williams & Tappan, 1995), te stoga dobijeni podaci mogu imati važne praktične implikacije u kreiranju psihološke podrške namenjene parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. Nadalje, posebno polje u kome se očekuju značajne praktične implikacije odnosi se na ulogu podrške od strane medicinskog osoblja sa kojim su ovi parovi tokom tretmana u svakodnevnom kontaktu. Rezultati ovog istraživanja mogli bi ukazati na značaj rada na senzibilisanju medicinskih radnika i sprovođenju obuka kako da budu što adekvatnija podrška, odnosno na značaj uloge psihologa u radu sa stručnjacima koji rade sa njima, nasuprot isticanja ove uloge isključivo u radu sa parovima. Takođe, bavljenje

problemom u jednom ovakvom, širem kontekstu, pruža mogućnost isticanja značaja socijalne podrške, te u tom smislu sistemskog rada na, pre svega, informisanju šire populacije o ovom problemu, a nadalje i učenju načinima kako da budu što adekvatnija podrška, uzimajući u obzir masovnost ove krize, sa pretpostavkom da sa ovakvim statistikama gotovo svaka osoba ima makar jedan par koji se suočava sa neplodnošću i kome je potrebna podrška u svom okruženju.

Hipoteze istraživanja

Na osnovu cilja 1 neće biti formirane hipoteze, budući da je navedeno postavljeno kao cilj samo zarad opisa uzorka, bez namere poređenja sa drugim uzorcima.

Drugi cilj odnosi se na ispitivanje razlika među grupama po svim varijablama ispitivanim u istraživanju. Kada se posmatra nivo stresa izazvanog neplodnošću i dužina suočavanja sa istom, rezultati prethodnih studija su kontradiktorni (Berg & Wilson, 1991; Boivin, Takefman, Tulandi & Brender, 1995; Lok et al., 2002; Lowyck et al., 2009). Ipak, uzimajući u obzir najveći broj istraživanja koja sugerišu postojanje U krive kada se govori o visini stresa izazvanog neplodnošću, odnosno da postoji viši nivo stresa na početku suočavanja i u odmakloj fazi, dok je on najniži u središnjoj fazi suočavanja (Boivin et al., 1995), može se formirati sledeća hipoteza:

H1: Očekuje se da će stres izazvan neplodnošću biti zastupljeniji u prvoj i trećoj grupi, a najmanje zastupljen u drugoj grupi (prva grupa- suočavaju se sa problemom neplodnosti manje od 2 godine; druga grupa- suočavaju se sa problemom neplodnosti od 2 do 5 godina; treća grupa- suočavaju se sa problemom neplodnosti duže od 5 godina).

Nadalje, na osnovu rezultata koji ukazuje na značajno višu percipiranu podršku u periodu između godinu i dve godine trajanja neplodnosti u odnosu na period od više od 2 godine, nakon čega percipirana socijalna podrška ponovo raste (Erdem & Apay, 2014), može se pretpostaviti isto što i za visinu percipiranog stresa, odnosno:

H2: Očekuje se da će percipirana socijalna podrška biti najviša u prvoj grupi ispitanica, najniža u drugoj i nešto viša u trećoj grupi.

Kada se radi o podršci od strane medicinskog osoblja i dužini suočavanja sa neplodnošću, rezultati su nešto drugačiji i ukazuju na prisutnije zadovoljstvo kod parova koji

se duže suočavaju sa ovim problemom (Sabourin et al., 1991), na osnovu čega se može formirati sledeća hipoteza:

H3: Očekuje se da će najviši skor na percipiranoj podršci od strane medicinskog osoblja imati žene koje se najduže suočavaju sa problemom neplodnosti.

Istraživanja koja su za predmet imala strategije prevladavanja tokom suočavanja sa problemom neplodnosti u većoj meri su se odnosila na to koje od strategija su najzastupljenije, dok je izostajalo pitanje kada (Aflakseir & Zarei, 2013). S obzirom na cikličnost procesa suočavanja, te prisutnost promena u zavisnosti od faze procesa suočavanja (da li su trenutno u tretmanu i u kojoj njegovoj fazi) više nego same dužine suočavanja (Alesi, 2005), kao i na rezultate studije koji ukazuju na izostanak značajne povezanosti između dužine suočavanja i korišćenja strategija prevladavanja iz različitih kategorija (Driscoll et al., 2016):

H4: Očekuje se da ne postoje razlike u primeni različitih strategija prevladavanja u odnosu na to kojoj grupi ispitanica pripada, tj. s obzirom na dužinu suočavanja sa krizom.

Posmatrajući relacione faktore Modela rezilijentnosti na neplodnost (komunikaciju i zajedništvo pri donošenju odluka), ne mogu se postaviti jasne hipoteze o povezanosti sa dužinom suočavanja, s obzirom na kontradiktorne rezultate. U ovom kontekstu može se pretpostaviti jedino da će oni koji su više komunicirali i negovali zajedništvo na početku procesa suočavanja, to raditi i u kasnijim fazama i obrnuto, s obzirom da više komunikacije i zajedništva vodi u dodatnu komunikaciju, a izostanak iste u povlačenje (Williams et al., 1992). U skladu sa navedenim, mogu se formirati sledeće hipoteze:

H5: Ne postoji značajna razlika u procenjenoj pozitivnoj razmeni između ispitanica u zavisnosti od grupe kojoj pripadaju, odnosno dužine suočavanja sa neplodnošću.

H6: Ne postoji značajna razlika u procenjenom zajedništvu prilikom donošenja odluka između ispitanica u zavisnosti od grupe kojoj pripadaju, odnosno dužine suočavanja sa neplodnošću.

Na osnovu prethodnih studija o negativnijoj proceni braka kod ispitanica koje se duže suočavaju sa ovim problemom (Ulbrich et al., 1990):

H7: Očekuje se da će žene koje se duže suočavaju sa neplodnošću imati niži skor na percipiranoj bračnoj funkcionalnosti.

Kako su istraživanja o povezanosti različitih socio-demografskih varijabli i u

istraživanju ispitivanih varijabli mahom kontradiktorni (prema Ridenour et al., 2009) očekivanja o njihovoj povezanosti, tj. hipoteze neće biti formirane, a dobijeni nalazi će biti komentarisani u odeljku *Diskusija*, u svetlu rezultata prethodno sprovedenih studija.

U skladu sa ciljem 4, a na osnovu prethodno dobijenih nalaza o direktnoj povezanosti visine stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti u negativnom smeru (Bodur, Çoşar & Erdem, 2013; Edelman et al., 1994; Newton et al., 1999; Ulbrich et al., 1990; Van der Merwe, 2010) formirana je sledeća hipoteza:

H8: Očekuje se negativna povezanost visine percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i percepcije bračne funkcionalnosti.

Nadalje, u daljem tekstu biće prikazane hipoteze povezane sa ciljevima 5 i 6 i rezultati prethodnih studija na osnovu kojih su formirane.

Ispitanice koje navode veću prisutnost podrške od strane medicinskog osoblja (Daniluk, 2001), kao i socijalne podrške koju procenjuju adekvatnom (Verhaak et al., 2005), govore o manjem efektu stresa izazvanog neplodnošću, kao i boljem prilagođavanju na stresno iskustvo (Seidmahmood, Rahimi & Mohamadi, 2011). U skladu sa tim, na osnovu u prethodnim istraživanjima dobijane protektivne uloge socijalne i podrške od strane medicinskog osoblja, formirane su sledeće istraživačke hipoteze:

H9: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane socijalne podrške u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.

H10: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane podrške od strane medicinskog osoblja u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti;

Pretpostavlja se da će obe navedene vrste podrške doprineti smanjenju negativnog efekta stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost.

Na osnovu u istraživanjima potvrđenog negativnog efekta izbegavajućih strategija (Lykeridou et al., 2011) i pozitivnih efekata korišćenja ostalih strategija prevladavanja (Peterson et al., 2011) u odnosu između stresa i bračnog funkcionisanja:

H11: Očekuje se postojanje medijatorske uloge strategija prevladavanja koje ispitanice koriste i to tako da će strategije usmerene na druge ciljeve i strategije iz domena praktičnog menadžmenta smanjiti negativan efekat stresa izazvanog neplodnošću na bračnu

funkcionalnost, dok će strategije suočavanja iz seta izbegavajućih doprineti izraženijem negativnom efektu stresa na bračnu funkcionalnost.

Nadalje, na osnovu rezultata prethodnih istraživanja žene koje svoje partnere percipiraju manje uključenim u proces donošenja odluka efekte stresa izazvanog neplodnošću na brak percipiraju negativnijim (Pasch et al., 2002). Takođe, parovi u čijem odnosu je prisutna pozitivna razmena svoj brak procenjuju boljim, a efekte stresa izazvanog neplodnošću manjim (Onat & Beji, 2012). U skladu sa navedenim:

H12: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipiranog zajedništva pri donošenju odluka u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti;

H13: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane pozitivne razmene među partnerima u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.

Na osnovu prethodno sprovedenih istraživanja pretpostavlja se da će i percepcija zajedništva pri donošenju odluka i prisutnija pozitivna razmena u odnosu doprineti smanjenju negativnog efekta stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost.

Dizajn istraživanja

Sprovedeno istraživanje spada u kategoriju transferzalnih istraživanja korelacionog dizajna.

Uzorak

U istraživanju je učestvovalo 312 žena koje se trenutno suočavaju sa problemom neplodnosti, koje nemaju dece iz ovog ili prethodnih brakova i čiji partneri nemaju dece iz prethodnih brakova. Razlog uključivanja samo žena koje nemaju dece iz ovog ili prethodnih brakova jeste činjenica da su žene kod kojih se radi o sekundarnom sterilitetu opuštenije po pitanju svoje (ne)plodnosti, u poređenju sa onima koje se nisu ostvarile u ulozi majke, te su sklonije odustajanju od imanja još jednog deteta, što čini da psihološki procesi i čitav proces

suočavanja izgledaju drugačije (Matsubayashi et al., 2004). Nadalje, u istraživanju autora upitnika za merenje stresa izazvanog neplodnošću pokazano je da je globalni stres izazvan neplodnošću, kao i njegov seksualni i socijalni aspekt značajno manje izražen ukoliko bilo ko od partnera ima dece iz aktuelnog ili prethodnih brakova, što autori objašnjavaju manjom zastupljenošću negativnih poređenja sa rođacima i prijateljima, ukoliko pojedinac ima makar jedno dete (Newton et al., 1999).

Starost ispitanica kretala se od 21 do 48 godina (AS= 35.11; SD= 5.51). Na ispitanom uzorku dužina braka je od 0 do 25 godina (AS= 7.64; SD= 4.44). Ispitanice pokušavaju da imaju decu od nekoliko meseci do 25 godina (AS= 6.23; SD= 4.07), dok navode da imaju teškoće sa ostvarivanjem potomstva u proseku oko 5 godina (AS=5.23; SD= 4.08).

Na osnovu dužine suočavanja sa problemom, merene preko sledećih pitanja: *Od kada pokušavate da imate decu?*, *Kada ste saznali da imate teškoće vezane za ostvarivanje roditeljske uloge?* i *Kada ste dobili dijagnozu?*, ispitanice su svrstane u jednu od tri grupe. Prilikom svrstavanja u neku od grupa osnovni kriterijum je bio pitanje o teškoćama u ostvarivanju roditeljske uloge, dok su preostala dva pitanja bila pomoćna i služila su u svrhu dopunskih informacija o dužini suočavanja. Pitanje koje se odnosi na dijagnozu je najmanje informativno, te zbog toga najmanje i uzimano u obzir prilikom svrstavanja, budući da je kod gotovo ¼ uzorka (preciznije 22.3%) uzrok neplodnosti nepoznat, te dijagnoza i dalje nije dobijena. Pitanja *Od kada pokušavate da imate decu?* i *Kada se saznali da imate teškoće vezane za ostvarivanje roditeljske uloge?* predstavljaju varijacije pitanja *Koliko dugo pokušavate da ostanete trudni?*, koje je od strane Svetske zdravstvene organizacije preporučeno kao jedan od kriterijuma za procenu neplodnosti, a ukoliko je odgovor 2 godine ili duže žene se smatraju neplodnim. Ipak, za razumevanje osoba kao neplodnih postoje i brojni drugi kriterijumi, među kojima je i samoprocena ovih žena i parova (Larsen, 2005). S obzirom na to da su sve ispitanice članice grupa koje se bave temom neplodnosti, te da su pristale da učestvuju u istraživanju sa navedenim naslovom, smatra se da ispunjavaju kriterijum koji se odnosi na razumevanje sebe kao osobe koja se suočava sa problemom neplodnosti.

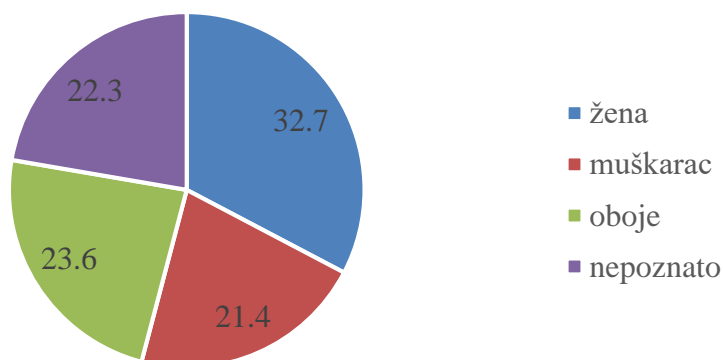
U prvu, tzv. grupu „početnika“ (eng. *treatment beginner*) svrstano je 75 ispitanica koje imaju teškoće sa začecem najviše 2 godine. Drugu grupu, tzv. grupu „regularnih“ (eng. *treatment regular*) čine one žene koje se sa ovim problemom suočavaju najduže 5 godina, odnosno čije teškoće sa ostvarivanjem u roditeljskoj ulozi traju do 5 godina. Na ispitanom uzorku, u ovu grupu svrstano je 118 ispitanica. U treću grupu tzv. „istrajnih“ (eng. *treatment*

persister), tj. onih koje pokušavaju da se ostvare u ulozi roditelja i imaju teškoće u tome duže od 5 godina na ispitanom uzorku svrstano je 119 ispitanica. Ono što je takođe važno naglasiti jeste da je ponekad postojanje dijagnoze mnogo duže od pokušavanja ostvarivanja potomstva, u situaciji kada se radi o ženama koje su i pre samog planiranja potomstva znale da imaju neke dijagnoze koje mogu biti osnova problema neplodnosti. U tim situacijama, dužina postojanja dijagnoze je izuzeta kao kriterijum svrstavanja i ono je vršeno na osnovu dužine pokušavanja začeca, u skladu sa razumevanjem neplodnosti kao dijadnog problema, odnosno problema para.

Princip grupisanja ispitanica koji je korišćen u ovom istraživanju preuzet je iz istraživanja Deборе Geriti (Gerrity, 2001). Geriti parove koji se suočavaju sa neplodnošću deli na 5 kategorija, i to, pored prethodno opisanih i u ovom istraživanju obuhvaćenih, još i prvu, koja podrazumeva one koji tek imaju sumnje, ali još uvek nisu posetili lekare, i kod kojih nemogućnost začeca traje manje od godinu dana, i poslednju - one koji su završili sa tretmanom i nemaju nameru da nastave (bez obzira na to da li su se ostvarili u roditeljskoj ulozi ili ne). Navedene dve grupe nisu uvršćene u istraživanje s obzirom na izostanak kontakta sa medicinskim osobljem (koji je jedan od spoljašnjih faktora Modela rezilijentnosti na neplodnost i jedna od varijabli istraživanja), kao i kvalitativnih razlika u procesima suočavanja i temama koje se javljaju kod ovih parova u odnosu na one koji su aktuelno u tretmanu (Daniluk & Tench, 2007).

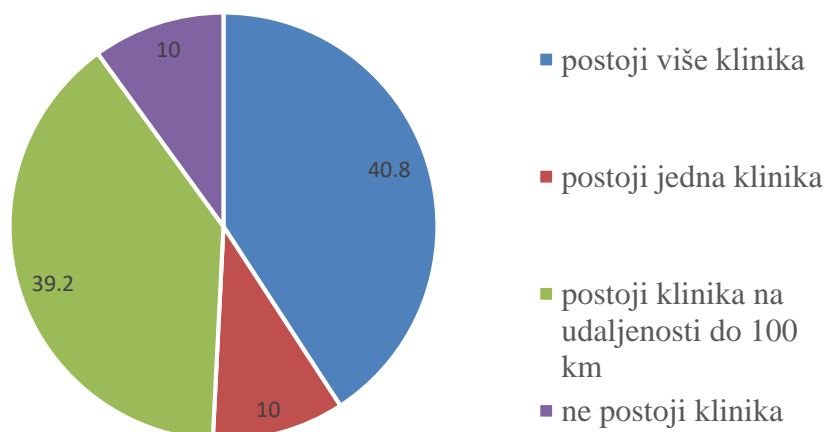
Od ispitanica koje su učestovale u istraživanju jednak broj njih je nekad ostvario trudnoću (koja nije izneta do kraja) i nikad do sada nije bio u drugom stanju.

Nosilac dijagnoze u najvećem broju slučajeva je žena, dok su ostale 3 opcije gotovo jednako zastupljene (Grafikon 1).



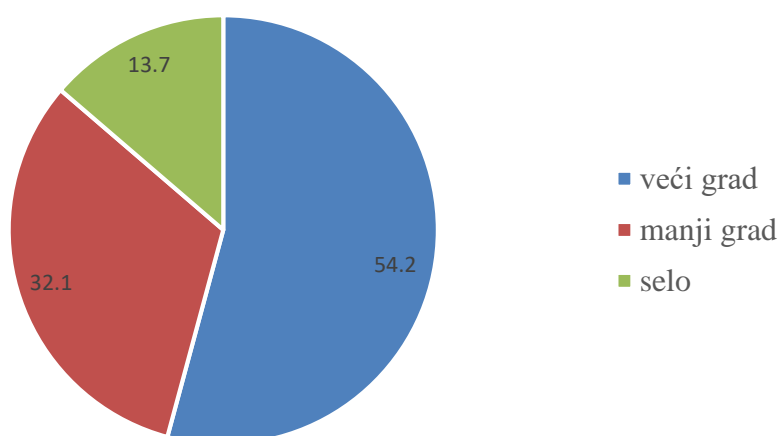
Grafikon 1. Raspodela ispitanica po tome ko je nosilac dijagnoze neplodnosti

Kada govorimo o dostupnosti klinika za lečenje neplodnosti, najveći broj ispitanica se izjasnio da postoji više klinika u mestu u kom živi, zatim da ne postoji klinika u mestu u kom žive, ali postoji na udaljenosti do 100 km i po jednak broj onih u čijem mestu postoji jedna klinika i onih u čijem mestu ni na udaljenosti od 100 km ne postoji nijedna klinika za lečenje neplodnosti (Grafikon 2).



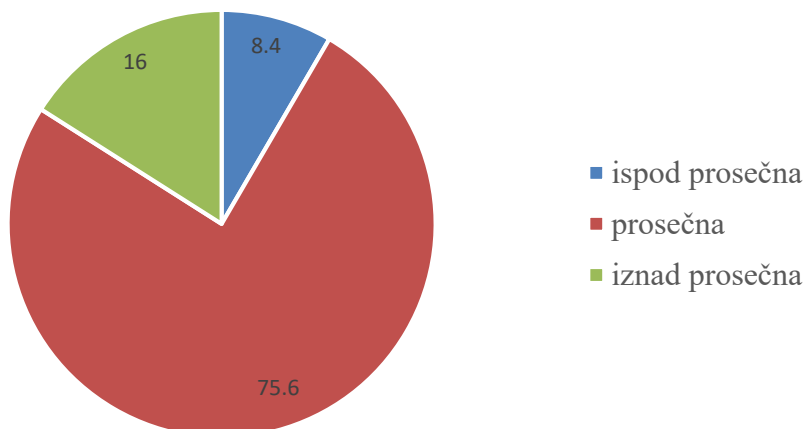
Grafikon 2. Raspodela ispitanica u zavisnosti od toga da li u mestu u kom žive postoji klinika/ke u kojoj se sprovodi vantelesna oplodnja

Navedeni podaci o dostupnosti klinika mogu se povezati sa činjenicom da više od polovine ispitanica živi u većem gradu, zatim manjem gradu, a najmanje njih u selu (Grafikon 3).



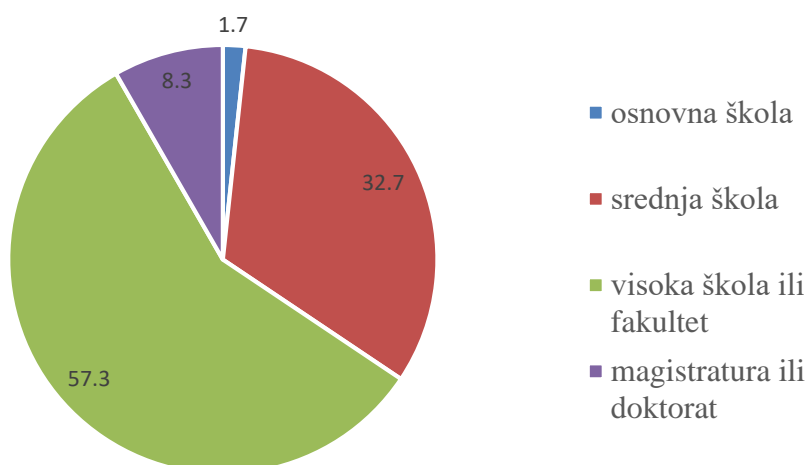
Grafikon 3. Raspodela ispitanica prema mestu stanovanja

Tri četvrtine ispitanica svoje prihode procenjuje prosečnim, zatim iznad prosečnim i najmanje ispod proseka (Grafikon 4).



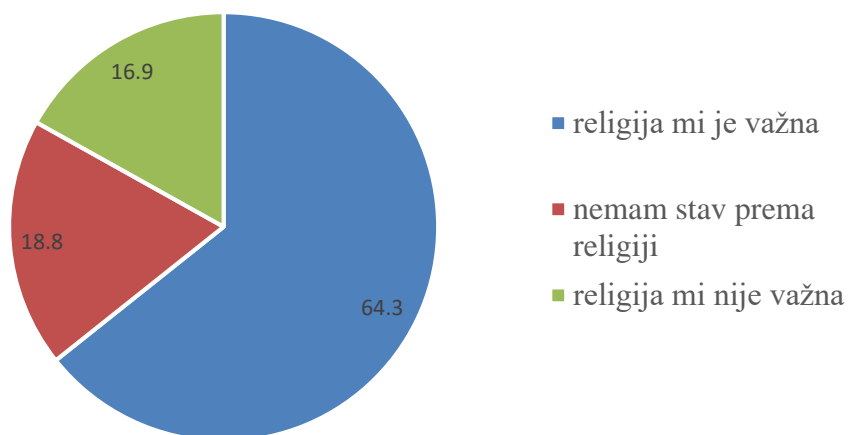
Grafikon 4. Raspodela ispitanica prema proceni prihoda

Više od polovine žena koje su učestovale u istraživanju ima završenu visoku školu ili fakultet. Ove žene slede ispitanice sa završenom srednjom školom, zatim magistraturom ili doktoratom, dok je najmanje onih sa završenom osnovnom školom (Grafikon 5).



Grafikon 5. Raspodela ispitanica po nivou obrazovanja

Najveći broj ispitanica religiju smatra važnom, dok je otprilike ujednačen broj onih koji nemaju stav prema religiji i kojima religija nije važna (Grafikon 6).



Grafikon 6. Raspodela ispitanica prema značaju koji pridaju religiji

S obzirom na to da je u prethodnim istraživanjima dobijeno da ne postoji razlika u nivou percipiranog stresa i korišćenih strategija prevladavanja u zavisnosti od dijagnoze koju par ima (Bernt, Bernt & Tacke, 1992), u ovom istraživanju od ispitanica nije traženo da navedu dijagnozu, iako su to neke od njih samoinicijativno navele, pored vremena kada su dobili dijagnozu.

Procedura

Uzorak je prikupljen postavljanjem online ankete u Facebook grupe koje se bave neplodnošću. Ispitanice koje su učestovale u istraživanju su članice neke od sledećih Facebook grupa: Udruženje Šansa za roditeljstvo – sterilitet i vantelesna oplodnja, Borba za potomstvo – Vantelesna oplodnja, Povedimo sterilitet i neplodnost, Kutak – Forum o neplodnosti i Neplodnost – iskustva. Anketa je napravljena uz pomoć *Google forms* platforme i postavljena u navedene grupe. Klikom na link, ispitanice su najpre morale da se izjasne o učestvovanju u istraživanju, nakon čitanja informisane saglasnosti, koja je sadržala informacije o cilju istraživanja, zaštiti podataka, anonimnosti i dobrovoljnosti za učestovanje u istraživanju. Ispitanicama je ostavljen kontakt istraživača ukoliko bi želele da se dodatno informišu o ispitivanim konceptima ili saznaju rezultate istraživanja.

Kako se radi o ispitivanju koje je povezano sa krizom sa kojom se aktuelno suočavaju, ponuđena im je besplatna psihološka podrška, u slučaju da imaju neke teškoće ili da istraživanje dovede do psihološke uznemirenosti. Ovaj vid podrške predviđeno je da pružaju psiholozi, edukovani porodični psihoterapeuti, saradnici Centra za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima Harmonija iz Novog Sada, koji se u svom radu susreću sa porodicama i parovima sa ovim i drugim problemima. Do momenta pisanja ovog rada niko od ispitanica se nije javio ni za psihološku podršku usled uznemirenosti povodom istraživanja, ni za detaljnije informacije o istraživanju i rezultatima istog.

Faze sprovođenja istraživanja

Pre sprovođenja istraživanja dobijena je dozvola Etičke komisije Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu.

Nakon dobijanja dozvole Etičke komisije, glavnom delu istraživanja prethodile su pilot studije, koje su imale za cilj sticanje uvida u metrijske karakteristike instrumenata kreiranih za potrebe ovog istraživanja, namenjenih merenju medicinske podrške i zajedništva među partnerima pri donošenju odluka.

U pilot studiji čiji je cilj bio ispitivanje metrijskih karakteristika kreiranog instrumenta za merenje podrške od strane medicinskog osoblja ispitano je 87 žena iz Srbije koje se suočavaju sa neplodnošću. Primenom analize glavnih komponenti dobijeno je jednofaktorsko rešenje. Sve stavke kreiranog instrumenta ostvaruju visoke korelacije sa predmetom merenja, dok se izbacivanjem svake od njih smanjuje pouzdanost skale u celini. U skladu sa navedenim rezultatima, odlučeno je da se zadrži svih 13 stavki, te je skala u celini primenjena i u glavnom istraživanju, prikazanom u ovom radu. Pouzdanost skale u celini je veoma visoka i izražena kroz Kronbahov alfa koeficijent iznosi .96 (Jestrović i Mihić, 2020b).

Iste ispitanice popunjavale su i Skalu za procenu zajedničkog donošenja odluka, koja se sastoji od 4 stavke. Primenom analize glavnih komponentni izdvojeno je jednofaktorsko rešenje, a pouzdanost skale je dobra, pri čemu Kronbahov alfa koeficijent iznosi .75. Na osnovu rezultata faktorske analize zaključeno je da skala, kako je i očekivano, meri globalno zajedništvo među partnerima prilikom procesa suočavanja sa neplodnošću, pri čemu nalazi ukazuju na visoku zastupljenost istog (na skali procene od 1 do 5 $AS=4.37$; $SD=.77$), što

potencijalno navodi na zaključak da je neplodnost od strane parova koji se suočavaju sa ovim problemom zaista doživljena kao zajednički, dijadni problem (Jestrović i Mihić, 2020a).

S obzirom na dobre metrijske karakteristike oba navedena instrumenta (Jestrović i Mihić, 2020a; Jestrović i Mihić, 2020b)), pristupljeno je glavnom istraživanju.

Varijable

Nezavisna varijabla:

1. Stres izazvan neplodnošću- operacionalno definisan kroz globalni stres na Upitniku problema sa plodnošću- FPI;

Medijatorske varijable:

2. Podrška od strane medicinskog osoblja- operacionalno definisana kroz skor na Upitniku za procenu medicinske podrške;
3. Socijalna podrška- operacionalno definisana kroz skor na Multidimenzionalnoj skali percipirane socijalne podrške- MSPSS;
4. Strategije suočavanja sa neplodnošću iz seta izbegavajućih strategija prevladavanja - operacionalno definisane kroz skorove na odgovarajućim subskalama Upitnika prevladavanja neplodnosti- CIQ;
5. Strategije suočavanja sa neplodnošću usmerene na druge ciljeve - operacionalno definisane kroz skorove na odgovarajućim subskalama Upitnika prevladavanja neplodnosti- CIQ;
6. Strategije suočavanja sa neplodnošću iz domena praktičnog menadžmenta - operacionalno definisane kroz skorove na odgovarajućim subskalama Upitnika prevladavanja neplodnosti- CIQ;
7. Percepcija pozitivne emotivne razmene- operacionalno definisana kroz skor na istoimenoj subskali Upitnika za procenu pozitivne i negativne razmene;
8. Percepcija zajedništva pri donošenju odluka- operacionalno definisano kroz skor na Skali za procenu zajedničkog donošenja odluka;

Zavisna varijabla:

9. Percepcija bračne funkcionalnosti- operacionalno definisana kroz sumacioni skor na Skali prilagođenosti u bračnom odnosu- DAS.

Instrumenti

Za merenje demografskih varijabli kao i varijabli koje su korišćene za podelu uzorka po grupama primenjen je **Set pitanja o demografskim karakteristikama**, koji je uključivao pitanja o:

- starosti– izražena u godinama;
- socio-ekonomskom statusu – ispod proseka/prosečno/iznad proseka;
- obrazovanju - osnovna škola/srednja škola/visoka škola/fakultet ili master/magistratura/doktorat;
- religioznosti – religija mi nije važna/nemam stav prema religiji/religija mi je važna;
- mestu boravka - selo/manji grad/veći grad;
- dostupnosti klinika za lečenje i sprovođenje procesa vantelesne oplodnje - nema dostupnih klinika u mom mestu niti na udaljenosti do 100 km/klinike postoje na udaljenosti do 100 km, ali ne i u mom mestu/postoji jedna klinika u mom mestu/postoji više klinika u mom mestu;
- dužini braka – izražena u godinama;
- dužini pokušavanja ostvarivanja potomstva – izražena u godinama;
- vremenu otkrivanja teškoća sa ostvarivanjem potomstva – izraženo u godinama;
- vremenu postavljanja dijagnoze – izraženo u godinama i
- poreklu dijagnoze - nosilac dijagnoze je muškarac/nosilac dijagnoze je žena/oboje/nepoznato.

Za merenje percipiranog stresa izazvanog neplodnošću korišćen je **Upitnik problema sa plodnošću** (*Fertility Problem Inventory, FPI*; Newton, Sherrard & Glavac, 1999), namenjen

meranju distresa, uverenja i stavova povezanih sa neplodnošću. Celokupan upitnik sastoji se od 46 ajtema koji mere nivo doživljenog stresa povezanog sa neplodnošću i sastoji se od 5 subskala, a to su: socijalni aspekt, seksualni aspekt, partnerski odnos, potreba za roditeljstvom i odbijanje života bez dece, uz koje je za odgovaranje priložena Likertova skala (1- uopšte se ne slažem; 6- u potpunosti se slažem). Prednost ovog upitnika ogleda se u njegovoj specifičnosti, budući da su se neke od zamerki prethodno sprovedenim istraživanjima ticale upravo nedovoljne specifičnosti instrumenata kojima je procenjivan nivo stresa kod ispitanika (Newton et al., 1999). U prethodno sprovedenim istraživanjima dobijane su različite faktorske strukture, a samo u nekim od njih potvrđeno je ovo petofaktorsko rešenje (Donarelli et al., 2015). Ukupan skor može se kretati u rasponu od 46 do 276, a viši skor ukazuje na viši nivo percipiranog globalnog stresa (Newton et al., 1999). Na stranom uzorku, pouzdanost instrumenta u celini, odnosno mere globalnog stresa, je visoka i izražena kroz vrednost Kronbahovog alfa koeficijenta iznosi .93 (Newton et al., 1999), dok na prethodno sprovedenim istraživanjima u našoj zemlji na ženskom uzorku iznosi .87 (Milovanović, 2018). S obzirom na to da je upitnik već primenjivan na našem uzorku, u konsultaciji sa autorom prethodno sprovedenog istraživanja, u ovom istraživanju korišćena je srpska verzija upitnika i originalna faktorska struktura, od 5 navedenih faktora. Za potrebe glavnih analiza u okviru u radu prikazanog istraživanja korišćen je sumacioni skor, dok su skorovi po faktorima prikazani u cilju sagledavanja kompletnije slike i deskriptivnih pokazatelja na ispitanom uzorku. U sprovedenom istraživanju alfa koeficijent je jednak kao u istraživanju sprovedenom od strane autora i iznosi .93 za globalni nivo stresa. Pouzdanost pojedinačnih skala takođe je visoka i, u zavisnost od subscale, iznosi od .78 za seksualni aspekt do .87 za subskalnu koja meri potrebu za roditeljstvom.

Podrška od strane medicinskog osoblja merena je **Upitnikom za procenu medicinske podrške**, autora Jestrović i Mihić. Ovaj instrument nastaje na osnovu koncepta na pacijenta usmerenog pristupa (Dancet et al., 2010) i rezultata istraživanja sprovedenih u inostranstvu koja su za predmet imala ispitivanje prisutnosti medicinske podrške (Dancet et al., 2010; Dancet et al., 2011; Klitzman, 2018; Morrison, Bhattacharya, Hamilton, Templeton & Smith, 2007; Peddie et al., 2005; Rauprich et al., 2011). Upitnik procenjuje zadovoljstvo pacijenata različitim segmentima brige od strane lekara i celokupnog medicinskog osoblja i to: individualizovan pristup pacijentu, informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana, informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana, emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama,

stav i senzitivnost osoblja klinike, otvorena i iskrena komunikacija, koordinisanost i integrisanost brige, tehničke veštine, odnosno kompetentnost, sveobuhvatnost i kvalitet brige, vreme koje im lekar posvećuje, pripremljenost lekara za konsultacije, dostupnost lekara (mogućnost komunikacije putem telefona) i uključivanje partnera tokom tretmana. Sastoji se od 13 stavki za procenu pobrojanih aspekata, uz koje je priložena petostepena Likertova skala (1- uopšte nisam zadovoljna; 5- u potpunosti sam zadovoljna). Metrijske karakteristike upitnika su se pokazale dobrim, a dobijeno je jednofaktorsko rešenje. Izražena kroz Kronbahov alfa koeficijent pouzdanost u prethodnim studijama iznosi .96 (Jestrović i Mihić, 2020b), a u ovom istraživanju je takođe veoma visoka i iznosi .95.

Socijalna podrška merena je **Multidimenzionalnom skalom percipirane socijalne podrške** (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS*; Zimet et al., 1988). Skala je namenjena merenju percepcije adekvatnosti socijalne podrške od strane porodice, prijatelja i značajnih drugih. Iako je subskala imenovana kao podrška od strane značajnih drugih, a njene stavke formulisane koristeći termin „posebna osoba“ (npr. „*U mom životu postoji posebna osoba kojoj je stalo do toga kako se ja osećam.*“), u istraživanjima sprovedenim u inostranstvu koja su se bavila ispitivanjem percipirane socijalne podrške u kontekstu neplodnosti, a u kojima je korišćena ova skala, skor na subskali koja se odnosi na podršku značajnih drugih uglavnom je uziman kao pokazatelj podrške od strane partnera (Martins et al., 2011). U skladu sa tim, kao i sa pokazateljima koji ukazuju na to da većina žena u procesu suočavanja sa neplodnošću svog partnera vidi kao najvažniji izvor podrške (Kroemeke & Kubicka, 2018), može pretpostaviti da su i ispitanice koje su učestovale u ovom istraživanju odgovarajući na pitanja u okviru navedene subskale zapravo procenjivale podršku partnera, tako da će rezultati ovog rada biti tumačeni u tom kontekstu. Celokupna skala sastoji se od 12 ajtema (po 4 za svaku grupu) uz koje je priložena sedmostepena Likertova skala (1- u potpunosti se ne slažem; 7- u potpunosti se slažem). Pouzdanost izražena Kronbahovim alfa koeficijentom u stranim istraživanjima kreće se od .81 do .94, u zavisnosti od subskale (Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990). Pouzdanost celokupne skale u stranim istraživanjima iznosi .93 (Canty-Mitchel & Zimet, 2000), a u istraživanjima iz regiona .88 (Medved i Keresteš, 2009). Ovo istraživanje predstavlja prvu primenu skale na ispitanicama koje se suočavaju sa neplodnošću u Srbiji. Pouzdanost celokupne skale izražena alfa koeficijentom iznosi .94, koliko iznosi i za subskale koje se odnose na podršku od strane prijatelja i porodice, dok pouzdanost subskale namenjene merenju podrške od posebne osobe takođe veoma visoka i iznosi .91.

Za ispitivanje strategija prevladavanja stresa korišćen je **Upitnik prevladavanja neplodnosti** (*Coping with Infertility Questionnaire – CIQ*; Benyamini et al., 2008). Upitnik je nastao na osnovu polustrukturiranog intervjua otvorenog tipa sa pacijentkinjama i medicinskim osobljem (lekar, medicinska sestra i socijalni radnik), u kome su ispitanice opisivale svoje iskustvo i emocije nakon saznanja dijagnoze, i liste relevantnih strategija prevladavanja dobijene na osnovu teorija suočavanja sa stresom i upitnika korišćenih u prethodnim istraživanjima (Benyamini et al., 2008). Obuhvata različite reakcije koje se mogu javiti kod ljudi koji se suočavaju sa neplodnošću i sastoji od 51 stavke, koje predstavljaju 51 moguću reakciju. Zadatak ispitanika je da odgovore koliko su navedene reakcije karakteristične za njih, odlučujući se pri tome za jednu od opcija na petostepenoj Likertovoj skali (0- nikad, 1- retko, 2- ponekad, 3- često i 4- uvek). Upitnik obuhvata 14 različitih strategija prevladavanja i to: socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje, samozanemarivanje, deljenje sa drugima, prihvatanje, pozitivna reinterpetacija, traženje podrške partnera, kompenzacija, ulaganje u sebe, traženje socijalne podrške, planiranje i informisanje, spiritualno prevladavanje i nadanje. Pouzdanost subskala upitnika izražena kroz Kronbahov alfa koeficijent u prethodnim istraživanjima u Srbiji kreće se od .61 do .90 (Milovanović, 2018). U sprovedenom istraživanju pouzdanost za celokupnu skalu iznosi .82, dok se za pojedinačne skale kreće od .63 za poricanje, do .89 za spiritualno prevladavanje. Relativno niska pouzdanost određenih subskala prevaziđena je korišćenjem trofaktorskog rešenja, predstavljenog u nastavku teksta.

Faktorska analiza upitnika prevladavanja neplodnosti. Sa ciljem grupisanja strategija prevladavanja koje su se izdvojile kao prvi red faktora u istraživanju autora instrumenta (Benyamini et al., 2008), nakon provere vrednosti Kaiser-Meyer-Olkinovog i Bartletovog testa (Tabela 1), sprovedena je faktorska analiza, metoda glavnih komponenti sa unapred određenim brojem od 3 faktora, koji objašnjavaju 65% varijanse (Tabela 2).

Tabela 1

Testiranje pretpostavki primerenosti podataka za faktorsku analizu – Kaiser-Meyer-Olkinov i Bartletov test

Kaiser-Meyer-Olkinov test uzorkovanja podudarnosti		.78
		1225.88
Bartlettov test	Stepeni slobode	55
	Značajnost	.000

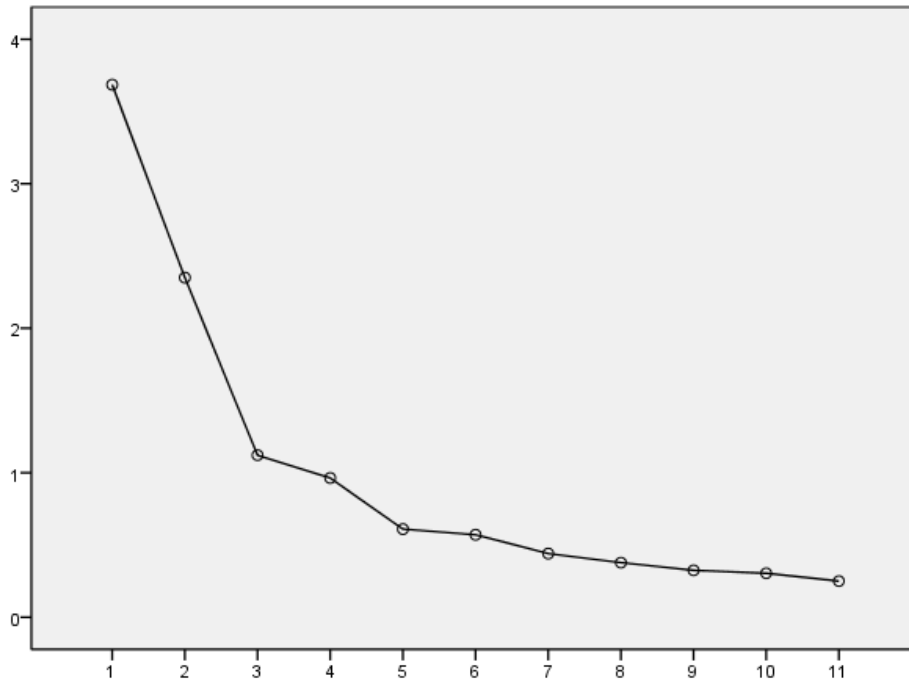
Tabela 2

Analiza glavnih komponenti

Komponente	Početne svojstvene vrednosti			Svojstvene vrednosti rotiranih faktora		
	Ukupno	% varijanse	Kumulativni %	Ukupno	% varijanse	Kumulativni %
1	3.686	33.505	33.505	2.780	25.272	25.272
2	2.350	21.366	54.871	2,762	25.111	50.383
3	1.121	10.193	65.064	1.615	14.680	65.064
4	.964	8.760	73.824			
5	.610	5.547	79.370			
6	.571	5.189	84.560			
7	.441	4.007	88.567			
8	.378	3.436	92.002			
9	.325	2.951	94.954			
10	.305	2.769	97.723			
11	.250	2.277	100.000			

Odluka o zadržavanju 3 faktora doneta je na osnovu rešenja dobijanih u prethodnim istraživanjima u inostranstvu (Benyamini et al., 2008), ali i na osnovu rezultata istraživanja sprovedenog u našoj zemlji koje je predstavljalo prvu primenu prevedenog upitnika na srpskom uzorku, u okviru koga je izdvojeno 3 faktora (Milovanović, 2018). Nadalje, ovo rešenje u skladu je sa brojem faktora koji je predložen na osnovu Scree kriterijuma (Grafikon 7). Primenom Varimax rotacije na izdvojenim faktorima se dobija smisljeno inpretabilno rešenje (Tabela 3). U skladu sa navedenim, u prikazanom istraživanju korišćeno je trofaktorsko rešenje, a faktori koji se izdvajaju su imenovani na sledeći način: 1) Strategije iz seta izbegavajućih (socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje i samozanemarivanje); 2) Strategije usmerene na druge ciljeve (prihvatanje, pozitivna reinterpretacija, traženje podrške partnera,

kompenzacija i ulaganje u sebe) i 3) Strategije iz domena praktičnog menadžmenta (traženje socijalne podrške i planiranje i informisanje).



Grafikon 7. Scree Plot

U prikazanom istraživanju Upitnik strategija prevladavanja primenjen je drugi put na uzorku žena koje se suočavaju sa neplodnošću iz Srbije. Dobijeno rešenje je slično, ali se ipak u određenoj meri razlikuje od rešenja dobijenog u prethodnom istraživanju sprovedenom na našem uzorku. Usled nedovoljne zasićenosti na izdvojenim faktorima i narušavanja inpretabilnosti dobijenih rezultata, 3 od 14 prethodno izdvojenih strategija su izbačene iz analize i to: nadanje, spiritualno prevladavanje i deljenje sa drugima. Strategije iz seta izbegavajućih jednake su onima koje su se izdvojile u prethodno sprovedenom istraživanju u Srbiji, dok se razlikuju od načina grupisanja strategija u istraživanju autora instrumenta. U njihovom istraživanju ovaj faktor obuhvata i izbegavajuće i pristupajuće strategije (nazvan *approach-avoidance*), a u njega, pored nabrojanih, spadaju i prihvatanje i pozitivna reinterpretacija (Benyamini et al., 2008), strategije koje u prikazanom istraživanju pripadaju faktoru nazvanom Strategije usmerene na druge ciljeve. Nadalje, naziv poslednjeg faktora dat

je na osnovu izvornog istraživanja, odnosno istraživanja koje su sprovedeli autori instrumenta, dok je faktor koji obuhvata iste dve strategije u istraživanju sprovedenom u našoj zemlji nazvan Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja. Glavna razlika u odnosu na prethodno dobijene rezultate vidljiva je u okviru drugog faktora, u ovom istraživanju nazvanog Strategije usmerene na druge ciljeve, koji u prethodno sprovedenom istraživanju nosi naziv Briga o sebi kao strategija prevladavanja i obuhvata svega dve strategije – ulaganje u sebe i kompenzaciju.

U istraživanju autora instrumenta (Benyamini et al., 2008) takođe je dobijeno trofaktorsko rešenje, ali u okviru njega se strategije grupišu na drugačiji način, sa izdvajanjem traženja podrške partnera kao posebnog faktora. Ove razlike mogu se tumačiti kulturološkim specifičnostima, ali za to je svakako neophodno sprovođenje dodatnih istraživanja na kojima bi se proveravala faktorska struktura instrumenta.

S obzirom da se radi o upitniku koji je pre ove primene na srpskom uzorku primenjen samo jedanput, kao i da se prilikom opisa instrumenta navodi njegova ne potpuno čista faktorska struktura i mogućnost postojanja drugih impretabilnih struktura na različitim uzorcima (Benyamini et al., 2008), autor se odlučio za sprovođenje faktorske analize i zadržavanje rešenja dobijenog na osnovu podataka prikupljenih u aktuelnom istraživanju, koje je korišćeno u daljoj obradi podataka. Pouzdanost izdvojenih grupa strategija je visoka i izražena Kronbahovim alfa koeficijentom iznosi .87 za strategije prevladavanja iz seta izbegavajućih i strategije prevladavanja putem usmerenosti na druge ciljeve, dok za strategije iz domena praktičnog menadžmenta iznosi .84.

Tabela 3

Komponentna matrica

	Komponente		
	1	2	3
	$\alpha = .87$	$\alpha = .87$	$\alpha = .84$
Socijalno povlačenje	.805		
Poricanje	.802		
Samookrivljavanje	.868		
Samozanemarivanje	.685		

Prihvatanje	.816
Pozitivna reinterpretacija	.849
Traženje podrške partnera	.680
Kompenzacija	.703
Ulaganje u sebe	.506
Traženje socijalne podrške	.905
Planiranje i informisanje	.786

Za merenje pozitivne razmene u partnerskom odnosu korišćena je istoimena subskala **Upitnika za procenu pozitivne i negativne razmene** (*Inventory of Affection and Antagonism in Marriage*; Huston, Kamenov i Jelić, 2010). Celokupan upitnik se sastoji od 20 stavki, pri čemu se 10 stavki odnosi na pozitivnu razmenu (npr. “*Vaš suprug je za Vas učinio nešto lepo što niste očekivali*“), a zadatak ispitanica je da zaokruže u kolikoj meri su navedena ponašanja karakteristična za njihovog partnera u proteklih nedelju dana (1- nimalo, 2- jednom, 3- dva puta, 4- skoro svaki drugi dan, 5- svaki dan, 6- dva puta dnevno i 7- više od dva puta dnevno). U prethodnim istraživanjima pouzdanost instrumenta je visoka, a Kronbahov alfa koeficijent pouzdanosti za subskalu pozitivne razmene na ženskom uzorku iznosi .89 (Mihic i Jestrović, 2016). U sprovedenom istraživanju pouzdanost ove subskale je veoma visoka i iznosi .93.

Za merenje doživljaja zajedništva među partnerima prilikom donošenja odluka korišćena je **Skala za procenu zajedničkog donošenja odluka**, autora Jestrović i Mihic. Navedena skala kreirana je na osnovu prethodnih istraživanja koja su obrađivala temu zajedništva (Ridenour et al., 2009; Sol Olafsdottir et al., 2012) i sastoji se od 4 pitanja, uz koje je priložena petostepena Likertova skala, pri čemu viši skorovi ukazuju na veći stepen zajedništva pri donošenju odluka. Stavke obuhvaćene skalom odnose se na doživljaj uključenosti partnera i zajedništva u različitim segmentima suočavanja sa problemom neplodnosti i izražene su kroz sledeća pitanja:

1. *Koliko često Vi i partner zajedno diskutujete opcije za suočavanje sa problemom?*
2. *U kojoj meri procenjujete da je odluka da započnete tretman neplodnosti bila zajednička?*

3. U kojoj meri procenjujete da je odluka o izboru lekara ili klinike bila zajednička?
4. Generalno gledano, koliko ste zadovoljni uključenosti Vašeg partnera u proces donošenja odluka o tretmanu?

U prethodnim primenama ove skale pouzdanost izražena Kronbahovim alfa koeficijentom iznosi .75 (Jestrović i Mihić, 2020a), dok je u ovom istraživanju veoma visoka i iznosi .85.

Osnovna zavisna varijabla, odnosno percipirana bračna funkcionalnost, merena je **Skalom prilagođenosti u bračnom odnosu** (*Dyadic Adjustment Scale – DAS*; Spanier, 1976). Celokupan upitnik sastoji se od 32 stavke, na koje ispitanici odgovaraju procenjujući stepen učestalosti određenih ponašanja. Odgovori na stavke su kombinovani i uključuju i procenjivanje stepena slaganja na Likertovoj skali, kao i DA/NE odgovore. Na osnovu rezultata faktorske analize skala je podeljena na 4 subskele (konsenzus, zadovoljstvo brakom, kohezivnost i afektivno-seksualna usaglašenost), a u ovom istraživanju korišćen je sumacioni skor. U prethodnim istraživanjima pouzdanost skale u celini se pokazala visokom i iznosi .96 (Spanier, 1976), a na uzorcima iz istraživanja sprovedenih u Srbiji .95 (Šakotić-Kurbalija, Kurbalija, Jestrović i Mihić, 2017). U ovom istraživanju pouzdanost za skalu u celini iznosi .94, dok su pouzdanosti po subskalama uglavnom visoke i kreću se od .81 za kohezivnost, do .89 za konsenzus, izuzev pouzdanosti za subskalnu afektivno-seksualna usaglašenost koja je nešto niža i iznosi .65.

Statistička obrada podataka

Obrada podataka izvršena je u statističkom paketu *IBM SPSS Statistics 23*. Od analiza su korišćene sledeće:

- za opis uzorka po merenim varijablama korišćena je deskriptivna statistika (aritmetička sredina, standardna devijacija i procenti);
- za merenje pouzdanosti korišćenih instrumenata korišćen je Kronbahov alfa koeficijent;
- za utvrđivanje razlika među grupama korišćeni su multivarijatna analiza varijanse i multivarijatna analiza kovarijanse;

- za ispitivanje faktorske strukture instrumenta za procenu strategija prevladavanja korišćena je faktorska analiza, analiza glavnih komponenti;
- za ispitivanje povezanosti među merenim varijablama korišćen je Pirsonov koeficijent korelacije, kanonička korelaciona analiza, regresiona analiza i hijerarhijska regresiona analiza i
- za ispitivanje postojanja medijatorske uloge navedenih varijabli, tj. za ispitivanje celokupnog teorijskog modela korišćena je multipla medijaciona analiza (Hejesov makro, Model 4).

REZULTATI

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 1: DESKRIPTIVNA ANALIZA PRIMENJENIH INSTRUMENATA

U Tabeli 4 prikazani su deskriptivni pokazatelji za nezavisnu varijablu (globalan stres i njegove subskale), sve medijatorske varijable i zavisnu varijablu (opštu bračnu funkcionalnost i njene subskale). Od svih ispitivanih aspekata stresa izazvanog neplodnošću, ispitanice koje su učestvovalе u ovom istraživanju najviše zastupljenim procenjuju odbijanje života bez dece, dok je najmanje zastupljen stres u oblasti partnerskog odnosa. Istovremeno, od svih izvora podrške, najzastupljenijim procenjuju podršku od strane partnera, zatim porodice i u najmanjoj meri od strane prijatelja, ali sa i dalje veoma visokim prosečnim skorom na skali procene. Osvrnuvši se na strategije prevladavanja, ispitanice upadljivo niže zastupljenim procenjuju one iz seta izbegavajućih strategija, dok su najzastupljenije strategije usmerene na praktičan menadžment, specifično strategija koja se odnosi na planiranje i informisanje. Ispitanice podršku od strane medicinskog osoblja procenjuju srednje zastupljenom, dok su prosečni skorovi na proceni medijatorskih varijabli iz seta relacionih visoki, odnosno, ispitanice pozitivnu razmenu u odnosu i zajedništvo procenjuju visokim. Pored toga, generalna bračna prilagođenost je visoka.

S obzirom na to da su skale kojima su ispitivane kontinuirane varijable različitih nivoa odgovora, izračunati su Z skorovi za sve skale, koji su korišćeni u daljim analizama.

Tabela 4

Deskriptivne karakteristike

	Min	Max	M	SD	Skjunis	Kurtozis
Globalni stres	1.30	5.15	3.26	.86	.003	-.568
Socijalni aspekt	1.00	5.80	2.96	1.13	.290	-.673
Seksualni aspekt	1.00	5.75	2.73	1.13	.389	-.559
Partnerski odnos	1.00	5.60	2.37	1.03	.897	.326
Potreba za roditeljstvom	1.00	6.00	3.80	1.28	-.234	-.837
Odbijanje života bez dece	1.30	6.00	4.44	1.05	-.781	.070
Socijalna podrška total	1.00	7.00	5.68	1.37	-1.417	1.643
Podrška porodice	1.00	7.00	5.62	1.65	-1.201	.450
Podrška prijatelja	1.00	7.00	5.47	1.67	-1.220	.690

Podrška partnera	1.00	7.00	5.92	1.50	-1.704	2.132
Medicinska podrška	1.00	5.00	2.97	1.06	.236	-.741
Izbegavajuće strategije	.00	4.00	1.47	.93	.417	-.650
Praktični menadžment	.57	4.00	3.14	.68	-.759	.250
Drugi ciljevi	.44	4.00	2.73	.68	-.672	.493
Socijalno povlačenje	.00	4.00	1.29	1.16	.763	-.350
Poricanje	.00	4.00	1.70	1.07	.249	-.555
Samookrivljavanje	.00	4.00	1.42	1.23	.558	-.760
Samozanemarivanje	.00	4.00	1.49	1.10	.373	-.761
Deljenje sa drugima	.00	4.00	2.17	.97	-.148	-.458
Prihvatanje	.00	4.00	3.09	.92	-1.154	1.075
Pozitivna reinterpetacija	.00	4.00	3.09	.88	-1.077	.967
Traženje podrške partnera	.00	4.00	3.02	.98	-.982	.416
Kompenzacija	.00	4.00	2.27	.89	-.281	-.205
Ulaganje u sebe	.00	4.00	2.18	.99	-.048	-.793
Traženje socijalne podrške	.00	4.00	2.89	.92	-.709	-.055
Planiranje i informisanje	1.00	4.00	3.38	.61	-1.040	.749
Spiritualno prevladavanje	.00	4.00	2.11	1.24	-.201	-1.039
Nadanje	.00	4.00	3.09	.90	-1.029	.600
Pozitivna razmena	1.00	7.00	5.05	1.29	-.716	.458
Zajedništvo	1.00	5.00	4.25	.96	-1.604	2.087
DAS total	1.66	4.66	3.80	.60	-1.320	1.863
Afektivno-seksualna usaglašenost	.50	3.00	2.32	.61	-.905	.069
Konsenzus	1.00	5.00	4.05	.69	-1.205	2.062
Kohezija	.80	4.80	3.90	.74	-1.459	2.338
Dijadno zadovoljstvo	1.40	4.90	4.05	.63	-1.487	2.519

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 2: RAZLIKE MEĐU ISPITANICAMA U ZAVISNOSTI OD DUŽINE SUOČAVANJA SA NEPLODNOŠĆU

Razlike između ispitane tri grupe ispitanica, u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću, na merenim varijablama (stres izazvan neplodnošću, socijalna podrška, medicinska podrška, strategije prevladavanja iz seta izbegavajućih, strategije prevladavanja

usmerene na druge ciljeve, strategije prevladavanja iz domena praktičnog menadžmenta, pozitivna razmena, zajedništvo pri donošenju odluka i bračna funkcionalnost) ispitivane su primenom multivarijantne analize varijanse. Rezultati pokazuju da nema značajnih razlika između grupa ispitanica kada je u pitanju ceo model ($\lambda = .767$, $F(70,550) = .113$, $p = .258$, $\eta^2 = .124$).

Međutim, značajne razlike dobijaju se na pojedinačnim varijablama socijalne podrške, i to globalnom skoru i skalama koje se odnose na podršku od strane porodice i prijatelja, dok ne postoje značajne razlike među ispitanicima koje se suočavaju sa neplodnošću različit vremenski period u proceni podrške koju dobijaju od partnera. Post-hoc analize ukazuju da su razlike značajne između grupe ispitanica koje se suočavaju sa neplodnošću manje od 2 godine i 2-5 godina, tako da ispitanice koje se najkraće suočavaju sa neplodnošću podršku percipiraju najzastupljenijom, a one koje se nalaze u drugoj grupi (od 2 do 5 godina) najmanje zastupljenom. Pored socijalne podrške, značajne razlike u proceni ispitanica postoje kada se radi o samozanemarivanju kao strategiji prevladavanja, pri čemu su ispitanice iz druge grupe najsklonije korišćenju ove strategije (Tabela 5). Rezultati dobijeni ispitivanjem razlika na ostalim varijablama prikazani su u odeljku *Prilozi* (Prilog 1, Tabela 22).

Tabela 5

Značajne razlike na merenim varijablama između grupa ispitanica koje se različito dugo suočavaju sa neplodnošću

Varijabla	Grupa	M	SD	F
Socijalna podrška total	Manje od 2 godine	.30	.82	
	2-5 godina	-.16	1.04	5.120**
	Više od 5 godina	-.03	1.00	
Socijalna podrška porodica	Manje od 2 godine	.22	.84	
	2-5 godina	-.14	1.08	3.168*
	Više od 5 godina	.00	.98	
Socijalna podrška prijatelji	Manje od 2 godine	.29	.85	
	2-5 godina	-.12	1.07	4.309*
	Više od 5 godina	-.06	.98	
CIQ samozanemarivanje	Manje od 2 godine	-.28	1.05	
	2-5 godina	.16	.99	4.536*
	Više od 5 godina	.01	.94	

* $p < .05$, ** $p < .01$

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 3: ODNOS SOCIODEMOGRAFSKIH SA ISPITIVANIM NEZAVISNIM I ZAVISNIM VARIJABLAMA

Za ispitivanje razlika na merenim varijablama u odnosu na socio-demografske varijable (preciznije iskustvo prethodne trudnoće, nosioca dijagnoze, mesto stanovanja i dostupnost klinike), primenjena je multivarijatna analiza kovarijanse. Rezultati multivarijatnih testova za glavne efekte nezavisnih varijabli prikazani su u Tabeli 6, a značajne razlike na pojedinačnim varijablama dalje u tekstu.

Tabela 6

Rezultati multivarijatnih testova za glavne efekte varijabli prethodna trudnoća, nosilac dijagnoze, mesto stanovanja i dostupnost klinike

Nezavisna varijabla	Vilksova λ	F	df	parcijalna η^2
Prethodna trudnoća	.917	.610	35,236	.083
Nosilac dijagnoze	.563	1.423**	105,707	.174
Mesto boravka	.774	.920	70,472	.120
Dostupnost klinike	.832	1.359	35,236	.168

** $p < .01$

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od iskustva prethodne trudnoće

Dobijeni rezultati ukazuju na to da se one ispitanice koje su bile u drugom stanju i nisu iznele trudnoću do kraja ne razlikuju značajno ni na jednoj od merenih varijabli od onih koje nikada nisu ostale u drugom stanju. S obzirom na to da razlike nisu značajne, prikaz rezultata dat je u odeljku *Prilozi* (Prilog 1, Tabela 20).

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze

Posmatrajući varijablu nosilac dijagnoze dobijeni nalazi ukazuju na statistički značajne razlike u domenu ukupnog stresa izazvanog neplodnošću, njegovog seksualnog aspekta i aspekta koji se odnosi na neprihvatanje života bez roditeljstva, kao i na strategijama prevladavanja iz domena izbegavajućih i praktičnog menadžmenta, dok se rezultati na ostalim varijablama ne razlikuju u zavisnosti od toga ko u okviru para je nosilac dijagnoze. U Tabeli 7 prikazani su samo statistički značajni rezultati, dok je ostatak rezultata prikazan u odeljku *Prilozi* (Prilog 1, Tabela 21).

Tabela 7

Značajne razlike na merenim varijablama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze

Varijabla	Nosilac dijagnoze	M	SD	F
FPI total	Žena	.15	.94	2.816*
	muškarac	-.02	.96	
	Oboje	.03	1.02	
	nepoznato	-.28	.93	
FPI seksualni	Žena	.26	1.02	3.679**
	muškarac	-.09	.92	
	Oboje	-.12	.97	
	nepoznato	-.19	1.01	
FPI neprihvatanje	Žena	.10	.92	2.630*
	muškarac	-.03	1.11	
	Oboje	.13	1.05	
	nepoznato	-.28	.92	
CIQ izbegavajuće strategije	Žena	.11	1.00	3.101*
	muškarac	-.06	.94	
	Oboje	.17	1.05	
	nepoznato	-.28	.92	
CIQ praktični menadžment	Žena	.15	.94	2.773*
	muškarac	.08	.94	
	Oboje	-.07	1.05	
	nepoznato	-.27	.97	
CIQ samookrivljanje	Žena	.23	1.09	4.539**
	muškarac	-.16	.92	

	Oboje	.12	.98	
	nepoznato	-.28	.87	
	Žena	.19	.97	
CIQ traženje	muškarac	-.02	.98	
socijalne podrške	Oboje	-.02	1.01	2.643*
	nepoznato	-.25	.99	

* $p < .05$, ** $p < .01$

Generalni nivo stresa izazvanog neplodnošću najviši je kada je nosilac dijagnoze žena, zatim oboje, muškarac, dok je najniži u slučaju nepoznatog uzroka, a gotovo jednaki rezultati dobijaju se i za stres iz domena seksualnog aspekta. Kada se radi o neprihvatanju života bez dece, on je upadljivo niži u slučaju nepoznatog uzroka neplodnosti u odnosu na to kada se zna ko je nosilac dijagnoze. U ovom slučaju, najmanje se koriste i strategije iz seta izbegavajućih, ali i iz domena praktičnog menadžmenta. Strategije iz domena praktičnog menadžmenta najviše se koriste kada je nosilac dijagnoze žena. Kada govorimo o konkretnim strategijama iz navedenih domena, žene značajno češće koriste strategiju samookrivljanja kada su same nosilac dijagnoze, kao i strategiju traženja socijalne podrške. Obe navedene strategije najmanje su korišćene u slučaju nepoznatog uzroka neplodnosti.

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od mesta stanovanja

Kada je u pitanju mesto stanovanja, značajne razlike postoje u odnosu na percipiranu medicinsku podršku i to tako da je najmanjom procenjuju one ispitanice koje žive u većem gradu, a najvećom ispitanice koje žive na selu. Takođe, razlike se javljaju i u primeni strategija suočavanja spiritualnim prevladavanjem, pri čemu ispitanice koje žive u većem gradu u najmanjoj meri pribegavaju ovoj strategiji, dok ispitanice sa sela najčešće (Tabela 8). Rezultati za ostale varijable prikazani su u odeljku *Prilozi* (Prilog 1, Tabela 19).

Tabela 8

Značajne razlike na merenim varijablama u zavisnosti od mesta stanovanja

Varijabla	Mesto boravka	M	SD	F
Medicinska podrška	Selo	.22	.99	3.538**
	Manji grad	.14	.87	
	Veći grad	-.14	1.06	
CIQ spiritualno prevladavanje	Selo	.26	.97	5.318**
	Manji grad	.16	.96	
	Veći grad	-.17	1.01	

** $p < .01$

Razlike među ispitanicima u zavisnosti od dostupnosti klinike

S obzirom na to disproporcionalan broj ispitanica u svakoj od kategorija varijable dostupnost klinike (za detalje pogledati opis uzorka u odeljku *Metod*), ispitanice su svrstane u dve grupe: one kojima je klinika dostupna u mestu boravišta i one kojima klinika u mestu boravišta nije dostupna. Rezultati pokazuju da je jedina značajna razlika u primeni strategije spiritualnog prevladavanja, tako da su ovoj strategiji suočavanja sklonije ispitanice koje u svom mestu boravka nemaju kliniku (Tabela 9). Rezultati koji nisu statistički značajni prikazani su u odeljku *Prilozi* (Prilog 1, Tabela 23).

Tabela 9

Značajne razlike na merenim varijablama u zavisnosti od dostupnosti klinike

Varijabla	Dostupnost klinike	M	SD	T
CIQ spiritualno prevladavanje	Izvan mesta	.16	.95	2.823**
	U mestu	-.16	1.02	

** $p < .01$

Povezanost ostalih socio-demografskih varijabli sa ispitivanim zavisnim i nezavisnim varijablama

Za ispitivanje povezanosti kontinuiranih varijabli primenjena je kanonička korelaciona analiza. Set socio-demografskih varijabli čine starost, obrazovanje, socio-ekonomski status, religioznost i dužina braka, dok se drugi set sastoji od ostalih nezavisnih i zavisnih varijabli: percepcija zajedništva, percepcija pozitivne razmene, socijalna podrška, medicinska podrška, stres izazvan neplodnošću, bračna funkcionalnost, kao i strategije suočavanja sa neplodnošću koje su usmerene na druge ciljeve, strategije praktičnog menadžmenta i izbegavajuće strategije. Rezultati analize pokazuju da su dva seta varijabli značajno povezana, te da je izolovana jedna kanonička funkcija ($\lambda = .71$, $F(45, 1099) = 1.98$, $p < .001$). U Tabeli 10 prikazane su svojstvene vrednosti i vrednosti kanoničkih korelacija za pet kanoničkih faktora.

Tabela 10

Pokazatelji izolovanih kanoničkih funkcija za setove socio-demografskih i zavisnih i nezavisnih varijabli

Kanonička funkcija	Svojstvena vrednost	%	Kumulativni %	R	R ²	Wilks λ	F	P
1	.19	51.74	51.74	.40	.16	.71	1.98	.000
2	.07	18.95	70.69	.26	.07	.84	1.37	.085
3	.06	15.52	86.20	.23	.05	.90	1.27	.187
4	.04	10.23	96.43	.19	.04	.95	1.05	.401
5	.01	3.57	100.00	.11	.01	.99	.66	.656

U Tabeli 11 prikazani su kanonički koeficijenti i kanoničke korelacije sa izolovanom kanoničkom varijablom, za oba seta varijabli. Procenat varijanse seta zavisnih i nezavisnih varijabli objašnjen kanoničkim faktorom iznosi 12.12%, a procenat objašnjene varijanse socio-demografskih varijabli je 4.07%. Niža percepcija zajedništva, niži stres izazvan neplodnošću, niža usmerenost na strategije izbegavanja povezani su sa starijim uzrastom i višim

obrazovanjem ispitanica, kao i nižom religioznošću.

Tabela 11

Kanonički koeficijenti i korelacije sa kanoničkim faktorima za setove socio-demografskih i zavisnih i nezavisnih varijabli

Socio-demografske varijable			Zavisne i nezavisne varijable		
Varijabla	Kanonički koeficijent	Korelacija sa kanoničkim faktorom	Kanonički koeficijent	Korelacija sa kanoničkim faktorom	
Starost	.68	.71	-.60	-.50	Percepcija zajedništva
Obrazovanje	.49	.66	-.08	-.26	Percepcija pozitivne razmene
SES	.09	.33	-.25	-.15	Socijalna podrška
Religioznost	-.36	-.46	-.34	-.31	Medicinska podrška
Dužina braka	-.23	.02	-.51	-.53	Stres izazvan neplodnošću
			-.13	-.19	Kvalitet partnerskog odnosa
			-.38	-.50	Strategije izbegavanja
			-.01	-.25	Strategije praktičnog menadžmenta
			.35	.16	Strategije usmerenosti na druge ciljeve

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 4: POVEZANOST IZMEĐU STRESA IZAZVANOG NEPLODNOŠĆU I BRAČNE FUNKCIONALNOSTI

Stres izazvan neplodnošću je značajno negativno povezan sa bračnom funkcionalnošću (korelacija globalnih skorova $r = -.449$). Kanoničkom korelacionom analizom ispitana je povezanost specifičnih varijabli koje se odnose na stres izazvan neplodnošću i bračnu funkcionalnost. Prvi set činili su skorovi na subskalama vezanim za stres (socijalni aspekt, seksualni aspekt, partnerski odnos, potreba za roditeljstvom i odbijanje života bez dece), a drugi skorovi vezani za bračnu funkcionalnost (konsenzus, zadovoljstvo brakom, kohezivnost i afektivno-seksualna usaglašenost). Rezultati pokazuju da postoji značajna povezanost između dva seta varijabli, a izdvojene su tri značajne kanoničke funkcije (Tabela 12).

Tabela 12

Pokazatelji izolovanih kanoničkih funkcija za setove stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti

Kanonička funkcija	Svojstvena vrednost	%	Kumulativni %	R	R ²	Wilks λ	F	P
1	.72	83.61	83.61	.65	.42	.51	11.34	.000
2	.10	11.20	94.82	.30	.09	.87	3.51	.000
3	.04	4.93	99.74	.20	.04	.96	2.23	.038
4	.00	0.26	100.00	.05	.00	1.00	.34	.712

U Tabeli 13 prikazani su kanonički koeficijenti i korelacije varijabli sa svakim od izolovanih kanoničkih faktora. Procenat varijanse objašnjen kanoničkim varijablama iznosi 55.65% za varijable stresa izazvanog neplodnošću i 31.89% za varijable bračne funkcionalnosti.

Tabela 13

Kanonički koeficijenti i korelacije sa kanoničkim faktorima za setove stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti

Stres izazvan neplodnošću			Bračna funkcionalnost		
Varijabla	Kanonički koeficijent	Korelacija sa kanoničkim faktorom	Kanonički koeficijent	Korelacija sa kanoničkim faktorom	Varijabla
Prvi kanonički faktor					
Socijalni aspekt	-.02	-.47	.40	.88	Afektivno-seksualna usaglašenost
Seksualni aspekt	-.26	-.68	.16	.84	Konsenzus
Partnerski odnos	-.87	-.96	.41	.90	Zadovoljstvo brakom
Potreba za roditeljstvom	-.17	-.35	.17	.82	Kohezivnost
Odbijanje života bez dece	.31	-.29			
Drugi kanonički faktor					
Socijalni aspekt	-.02	.22	-1.30	-.39	Afektivno-seksualna usaglašenost
Seksualni aspekt	1.25	.63	.88	.20	Konsenzus
Partnerski odnos	-.71	-.19	.99	.31	Zadovoljstvo brakom
Potreba za roditeljstvom	-.33	-.21	-.58	-.03	Kohezivnost
Odbijanje života bez	-.17	-.09			

dece		Treći kanonički faktor				
Socijalni aspekt	.95	.51	-.65	-.23	Afektivno-seksualna usaglašenost	
Seksualni aspekt	-.27	.01	-.00	.08	Konsenzus	
Partnerski odnos	-.31	-.14	-.67	-.05	Zadovoljstvo brakom	
Potreba za roditeljstvom	.91	.37	1.44	.57	Kohezivnost	
Odbijanje života bez dece	-.99	-.15				

Rezultati sprovedene kanoničke analize ukazuju na sledeće povezanosti:

- žene koje stres iz domena seksualnog i partnerskog odnosa percipiraju nižim postižu više skorove na svim aspektima bračne funkcionalnosti;
- žene koje stres iz domena seksualnog aspekta procenjuju višim imaju nižu afektivno-seksualnu usaglašenost sa partnerom, ali veće zadovoljstvo brakom;
- žene koje stres iz domena socijalnog aspekta i potrebe za roditeljstvom procenjuju višim postižu više skorove na kohezivnosti braka.

Posmatrajući prvu kanoničnu funkciju najviše korelacije sa kanoničkim faktorom postiže stres iz domena partnerskog odnosa, sa izrazito visokim korelacijama, a zatim stres iz domena seksualnog aspekta koji ostvaruje umerenu korelaciju. Navedene korelacije su u negativnom smeru. Posmatrajući desni skup varijabli, svi pojedinačni pokazatelji bračne funkcionalnosti ostvaruju visoke pozitivne korelacije sa kanoničkim faktorom. U skladu sa navedenim, predloženi naziv za prvu kanoničku funkciju je *bračna rezilijentnost*.

Od varijabli iz levog skupa sa drugim kanoničkim faktorom umerenu povezanost ostvaruje seksualni aspekt, dok su vrednosti ostalih koeficijenata niže od 0.30. Iz desnog skupa

varijabli, nisku povezanost sa faktorom ostvaruju afektivno-seksualna usaglašenost u negativnom smeru i zadovoljstvo brakom u pozitivnom. Kako je navedeno, rezultati dobijeni kanoničkom korelacionom analizom ne deluju uvek smisljeno i nisu lako interpretabilni (Dattalo, 2014), što je slučaj i u ovoj situaciji, s obzirom na postojanje povezanosti sa zadovoljstvom brakom, koje je teško objasniti. U skladu sa tim da se radi o značajnoj povezanosti, ali na granici značajnosti, te da je ista sa afektivno-seksualnom usaglašenošću izraženija, predloženi naziv za drugu kanoničku funkciju jeste *seksualni distres*.

Značajne korelacije sa trećom kanoničkom funkcijom iz levog skupa varijabli ostvaruju socijalni aspekt stresa (umerena korelacija) i potreba za roditeljstvom (niska korelacija), dok iz desnog skupa varijabli umerenu, takođe pozitivnu, korelaciju ostvaruje bračna kohezivnost. Predloženi naziv za treću kanoničku funkciju je *socijalni pritisak i suočavanje sa njim*.

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 5: POVEZANOST IZMEĐU VARIJABLI U MODELU PRILAGOĐAVANJA NA STRES IZAZVAN NEPLODNOŠĆU

Pre izvođenja medijacione analize proverena je povezanost varijabli koje su uključene u model prilagođavanja na stres izazvan neplodnošću. Rezultati su prikazani u Tabeli 14. Stres izazvan neplodnošću korelira negativno sa svim varijablama osim sa varijablama izbegavajućih i strategija praktičnog menadžmenta. Pri tome, najviša korelacija je sa izbegavajućim strategijama – što više pribegavaju ovom načinu suočavanja, ispitanice su pod većim stresom. Takođe, veći stres izazvan neplodnošću je umereno negativno povezan sa bračnom funkcionalnošću. Kada je u pitanju sama bračna funkcionalnost, ona je najviša kada ispitanice percipiraju da postoji dosta pozitivne razmene i zajedništva u njihovom odnosu sa partnerom. Takođe, što su više usmerene na druge ciljeve prilikom suočavanja sa neplodnošću, ispitanice procenjuju bračno funkcionisanje boljim. Sa druge strane, izbegavajuće strategije povezane su sa lošijom bračnom funkcionalnošću, dok strategije praktičnog menadžmenta na ovom uzorku nisu povezane sa ovim aspektom partnerskog odnosa. Ispitanice koje imaju više socijalne i medicinske podrške takođe procenjuju svoj brak funkcionalnijim.

Tabela 14

Pirsonovi koeficijenti korelacija između varijabli u modelu prilagođavanja na neplodnost

	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Stres izazvan neplodnošću	-.273**	-.294**	.634**	.220**	-.397**	-.357**	-.164**	-.449**
2 Percepcija zajedništva	-	.482**	-.211**	.097	.420**	.320**	.154**	.607**
3 Percepcija pozitivne razmene		-	-.168**	.153**	.373**	.301**	.205**	.629**
4 Izbegavajuće strategije suočavanja			-	.170**	-.325**	-.350**	-.178**	-.321**
5 Strategije praktičnog menadžmenta				-	.231**	.107	.071	.054
6 Strategije usmerenosti na druge ciljeve					-	.321**	.291**	.513**
7 Socijalna podrška						-	.262**	.357**
8 Medicinska podrška							-	.230**
9 Bračna funkcionalnost								-

** $p < .01$

REZULTATI POVEZANI SA CILJEM 6: MEDIJATORSKA ULOGA SPOLJAŠNJIH, INDIVIDUALNIH I RELACIONIH FAKTORA U ODNOSU IZMEĐU STRESA IZAZVANOG NEPLODNOŠĆU I BRAČNE FUNKCIONALNOSTI

Pre primene medijacione analize, sproveli smo korake koje preporučuju Baron i Keni (Baron & Kenny, 1986), kako bismo procenili koje varijable su potencijalni medijatori odnosa između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti. Prvi korak jeste regresija zavisne varijable na nezavisnu, drugi regresija medijatora na nezavisnu varijablu, a treći regresija zavisne varijable na sve medijatore i nezavisnu varijablu. Rezultati su prikazani u Tabeli 15. Kao pojedinačni prediktori, svi medijatori i nezavisna varijabla značajno predviđaju bračnu funkcionalnost. Takođe, u trećem koraku opada efekat stresa izazvanog neplodnošću, što je u skladu sa preduslovima koje postavljaju Baron i Keni. Međutim, u setu koji čine nezavisna varijabla i svi medijatori, nisu sve medijatorske varijable značajni prediktori, te se iz medijacione analize isključuju socijalna i medicinska podrška, strategije suočavanja iz seta izbegavajućih i strategije iz domena praktičnog menadžmenta.

Tabela 15

Regresioni koeficijenti za predikciju bračne funkcionalnosti

Prediktor	Kriterijum	F	df	Beta	R ²	t
Stres izazvan neplodnošću	Bračna funkcionalnost	78.161***	1,310	-.449	.20	-8.841***
Stres izazvan neplodnošću	Percepcija zajedništva	25.016***	1,310	-.273	.08	-5.002***
Stres izazvan neplodnošću	Percepcija pozitivne razmene	29.425***	1,310	-.294	.09	-5.424***
Stres izazvan neplodnošću	Socijalna podrška	45.215***	1,310	-.357	.13	-6.724***
Stres izazvan neplodnošću	Medicinska podrška	8.619**	1,310	-.164	.02	-2.936**
Stres izazvan neplodnošću	Izbegavajuće strategije suočavanja	208.647***	1,310	.634	.40	14.445***
Stres izazvan neplodnošću	Strategije	15.806***	1,310	.220	.05	3.976***

neploidnošću	praktičnog menadžmenta Strategije usmerenosti na druge ciljeve	58.172***	1,310	-.397	.16	-7.627***
Stres izazvan neploidnošću	Bračna funkcionalnost			-.153		-2.927**
Percepcija zajedništva	Bračna funkcionalnost			.304		6.832***
Percepcija pozitivne razmene	Bračna funkcionalnost			.360		8.151***
Socijalna podrška	Bračna funkcionalnost			.031		.735
Medicinska podrška	Bračna funkcionalnost	54.719***	8,303	.024	.58	.612
Izbegavajuće strategije suočavanja	Bračna funkcionalnost			-.020		-.411
Strategije praktičnog menadžmenta	Bračna funkcionalnost			-.039		-.948
Strategije usmerenosti na druge ciljeve	Bračna funkcionalnost			.175		3.759***

** $p < .01$; *** $p < .001$

Za ispitivanje medijatorske uloge nezavisnih varijabli u odnosu između stresa izazvanog neploidnošću i bračne funkcionalnosti primenjena je multipla medijaciona analiza. Analiza je sprovedena putem Hejesovog makroa (Model 4). Rezultati medijacione analize prikazani su u Tabeli 16. Može se uočiti da postoji značajan direktni efekat stresa na bračnu funkcionalnost ($\beta = -.19, p < .001$), odnosno što je niži stres izazvan neploidnošću, bolja je bračna funkcionalnost.

Tabela 16

Direktni efekti u medijacionom modelu za predviđanje bračne funkcionalnosti

	Putanja	T	P	Beta	
Zajedništvo	←	Stres	-5.00	.000	-.27

Pozitivna razmena	←	Stres	-5.42	.000	-.29
Strategije usmeravanja na druge ciljeve	←	Stres	-7.63	.000	-.40
Bračna funkcionalnost	←	Stres	-4.66	.000	-.19
Bračna funkcionalnost	←	Zajedništvo	7.05	.000	.31
Bračna funkcionalnost	←	Pozitivna razmena	8.32	.000	.36
Bračna funkcionalnost	←	Strategije usmeravanja na druge ciljeve	4.01	.001	.17

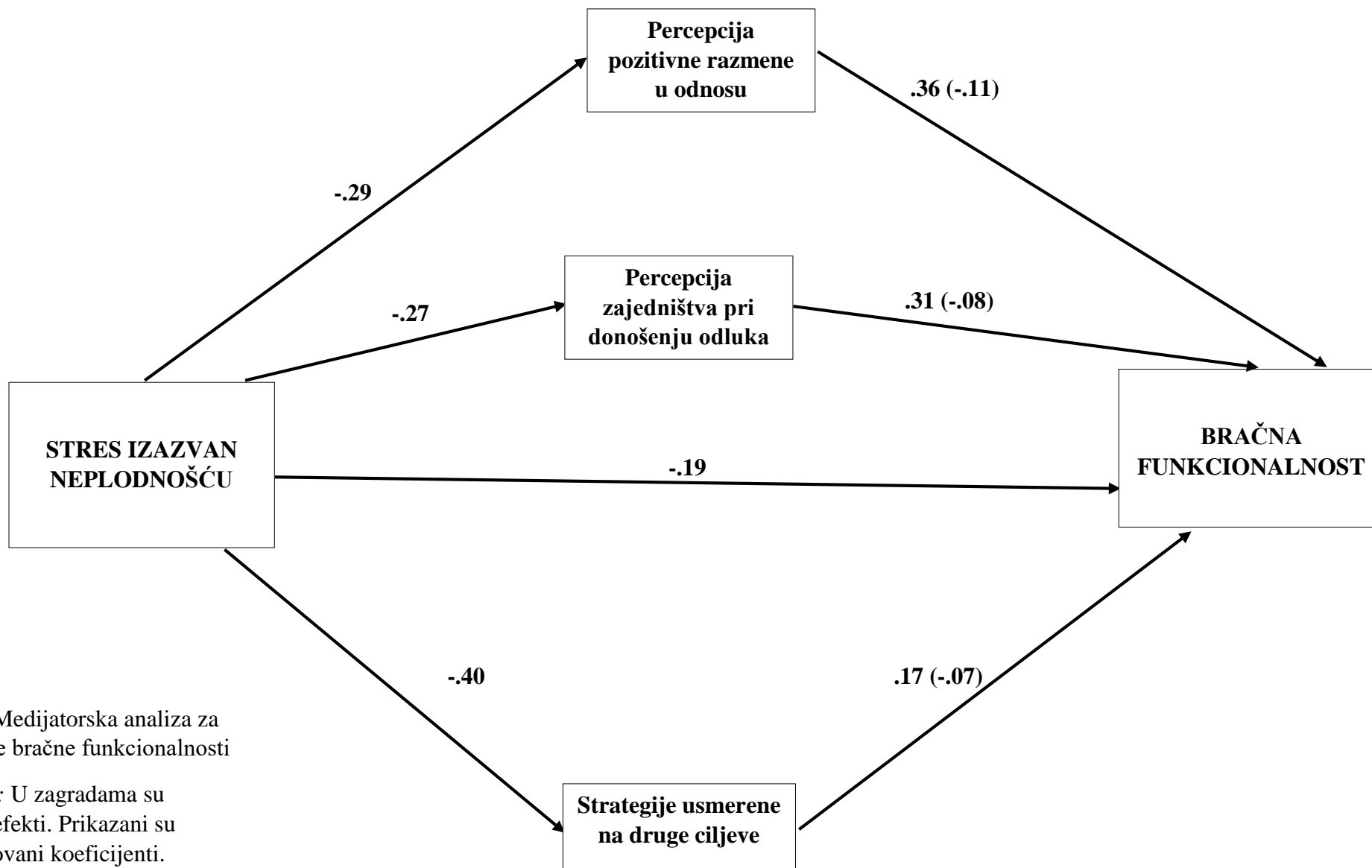
Totalni efekat modela je takođe značajan ($F(1,310) = 78,16, p < .001, R^2 = .20$), a značajni medijatori su percepcija pozitivne razmene, percepcija zajedništva pri donošenju odluka i strategije suočavanja usmerenošću na druge ciljeve (Shema 1). Niži stres izazvan neplodnošću povezan je sa višom percepcijom pozitivne razmene i višom percepcijom zajedništva, kao i strategijama usmerenim na druge ciljeve, a ovi medijatori su povezani sa većom bračnom funkcionalnošću. Sobelov test potvrđuje da su medijatorski efekti svih medijatora značajni (Tabela 17).

Tabela 17

Indirektni efekti stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost

Medijator	Procenjeni parametar	S.E.	Niži 95% BC interval poverenja	Viši 95% BC interval poverenja	Sobel <i>t</i>
Totalni efekat	-.26	.05	-.34	-.17	
Zajedništvo	-.08	.02	-.13	-.04	4.35***
Pozitivna razmena	-.11	.03	-.16	-.06	4.61***
Strategije usmeravanja na druge ciljeve	-.07	.02	-.11	-.03	5.75***

Napomena: BC – bias-corrected. Prikazani su standardizovani parametri. *** $p < .001$



Shema 1. Medijatorska analiza za predviđanje bračne funkcionalnosti

Napomena: U zagradama su indirektni efekti. Prikazani su standardizovani koeficijenti.

U Tabeli 18 dat je pregled potvrđenih i odbačenih hipoteza od kojih je autor krenuo u ovom istraživanju.

Tabela 18

Pregled postavljenih hipoteza i ishod analiza

H1: Očekuje se da će stres izazvan neplodnošću biti zastupljeniji u prvoj i trećoj grupi, a najmanje zastupljen u drugoj grupi	Odbačena
H2: Očekuje se da će percipirana socijalna podrška biti najviša u prvoj grupi ispitanica, najniža u drugoj i nešto viša u trećoj grupi.	Delimično potvrđena
H3: Očekuje se da će najviši skor na percipiranoj podršci od strane medicinskog osoblja imati žene koje se najduže suočavaju sa problemom neplodnosti.	Odbačena
H4: Očekuje se da ne postoje razlike u primeni različitih strategija prevladavanja u odnosu na to kojoj grupi ispitanica pripada, tj. s obzirom na dužinu suočavanja sa krizom.	Odbačena
H5: Ne postoji značajna razlika u procenjenoj pozitivnoj razmeni između ispitanica u zavisnosti od grupe kojoj pripadaju, odnosno dužine suočavanja sa neplodnošću.	Potvrđena
H6: Ne postoji značajna razlika u procenjenom zajedništvu prilikom donošenja odluka između ispitanica u zavisnosti od grupe kojoj pripadaju, odnosno dužine suočavanja sa neplodnošću.	Potvrđena
H7: Očekuje se da će žene koje se duže suočavaju sa neplodnošću imati niži skor na percipiranoj bračnoj funkcionalnosti.	Odbačena
H8: Očekuje se negativna povezanost visine percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i percepcije bračne funkcionalnosti.	Potvrđena
H9: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane socijalne podrške u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.	Odbačena
H10: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane podrške od strane medicinskog osoblja u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.	Odbačena
H11: Očekuje se postojanje medijatorske uloge strategija prevladavanja koje ispitanice koriste i to tako da će strategije usmerene na lični rast i strategije	Delimično potvrđena

<p>iz domena praktičnog menadžmenta smanjiti negativan efekat stresa izazvanog neplodnošću na bračnu funkcionalnost, dok će strategije suočavanja iz seta izbegavajućih doprineti izraženijem negativnom efektu stresa na bračnu funkcionalnost.</p>	
<p>H12: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipiranog zajedništva pri donošenju odluka u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.</p>	<p>Potvrđena</p>
<p>H13: Očekuje se postojanje medijatorske uloge percipirane pozitivne razmene među partnerima u odnosu između percipiranog stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti.</p>	<p>Potvrđena</p>

DISKUSIJA

RAZLIKE MEĐU ISPITANICAMA U ZAVISNOSTI OD DUŽINE SUOČAVANJA SA NEPLODNOŠĆU

Kada se govori o iskustvu neplodnosti jedna od ključnih odrednica jeste dužina suočavanja sa ovom krizom. Parovi koji se suočavaju sa problemom neplodnosti najčešće provedu mnogo godina koristeći različite vrste medicinskih tretmana pri pokušaju da se ostvare u ulozi roditelja (Boivin et al., 1995). I iako ne postoje jasne statistike o prosečnom broju godina koje parovi provedu u nekoj vrsti tretmana, neki podaci iz inostranstva, sada već prilično zastareli, ukazuju na brojkicu od 6 godina neplodnosti i oko 4 godine tretmana (Mazure, Takefman, Milki & Polan, 1992). Tokom tih godina, dok aktivno prolaze kroz medicinski tretman, parovi se mesec za mesecom suočavaju sa brojnim negativnim emocijama kojima dominira razočaranje povodom neostvarivanja začeca, koje neretko ostvaruju efekte na razne domene njihovog funkcionisanja (Alesi, 2005). U skladu sa prethodno navedenim, jedno od pitanja od kojih je autor krenuo sprovodeći ovo studiju jeste *Postoje li razlike među grupama ispitanica (formiranim na osnovu dužine suočavanja sa neplodnošću) na merenim varijablama?*. I dok prethodne studije ukazuju na značaj dužine suočavanja za nivo stresa izazvanog neplodnošću (npr. Berg & Wilson, 1991) i bračne funkcionalnosti (npr. Ulbrich et al., 1990), u prikazanom istraživanju od svih merenih varijabli, razlike su dobijene samo na percipiranoj socijalnoj podršci (i to ukupna podrška, podrška prijatelja i podrška porodice) i na strategiji prevladavanja koja se odnosi na samozanemarivanje. Za razliku od rezultata prethodnih istraživanja koji ukazuju na veće zadovoljstvo podrškom od strane medicinskog osoblja što se duže suočavaju sa problemom neplodnosti, što autori objašnjavaju potencijalno realnijim očekivanjima od strane ovih parova (Sabourin et al., 1991), u ovom istraživanju nije dobijena značajna razlika među grupama ispitanica. U skladu sa polaznim pretpostavkama, rezultati ukazuju da nema značajnih razlika među grupama ispitanica kada se radi o relacionim faktorima Modela rezilijentnosti na neplodnost, odnosno pozitivnoj razmeni i zajedništvu pri donošenju odluka tokom suočavanja sa neplodnošću.

Stres izazvan neplodnošću. Prema nekim autorima, dužina suočavanja sa neplodnošću predstavlja faktor rizika za procenu stresa izazvanog neplodnošću, a dugi niz godina dominantno je stanovište da se stres izazvan neplodnošću raspodeljuje u obliku slova U, pri čemu je najveći na početku, zatim najniži u drugoj grupi, nakon čega opet sa povećavanjem broja godina suočavanja sa problemom raste (Berg & Wilson, 1991). Navedeni rezultati nisu

potvrđeni u prikazanom istraživanju, u kom, kada govorimo o globalnom stresu izazvanom neplodnošću, kao i svakom od njegovih aspekata ponaosob, ne postoji značajna razlika među grupama ispitanica. Dobijeni nalazi u skladu su sa onim novijim, dobijanim i u drugim kulturama, koji ukazuju da ne postoji povezanost dužine suočavanja sa neplodnošću i procenjenog stresa (Anderson, Sharpe, Rattray & Irvine, 2003; Chehreh, Ozgoli, Abolmaali, Nasiri & Mazaheri, 2019), te navode na ispitivanje koji su faktori koji imaju protektivnu ulogu u percepciji stresa i kada neplodnost traje duže. Tumačeći ovaj nalaz važno je imati na umu da se ne radi o longitudinalnoj studiji, te da zapravo ne znamo kako se stres kreće kod istih ispitanica u različitim fazama suočavanja, već samo možemo govoriti o razlici, odnosno izostanku iste među ispitanim grupama.

Socijalna podrška. Dobijeni nalaz interesantan je za tumačenje zajedno sa rezultatom koji govori o razlikama na percipiranoj socijalnoj podršci. Naime, rezultati istraživanja potvrđuju hipotezu od koje je autor krenuo, a koja se odnosi na najviše zastupljenu podršku od porodice i prijatelja na samom početku suočavanja, a najmanje kod druge grupe ispitanica, dok treća grupa govori o nešto više zastupljenoj podršci. Dobijeni rezultati u skladu su sa prethodnim istraživanjima (Erdem & Apay, 2014) i mogu se objasniti procesom suočavanja sa ovim problemom (Wallach & Menning, 1980). Naime, na samom početku procesa suočavanja, pojedinci i parovi su veoma usmereni na problem, najčešće tek saznali da imaju poteškoće i ovo jeste faza u kojoj im je socijalna podrška najviše potrebna i u kojoj je, vrlo verovatno, najviše i traže od svog okruženja. Ukoliko uzmemo u obzir da su u istraživanju učestvovala pripadnice ženskog pola, te da je za njih karakterističnije traženje socijalne podrške kao strategija prevladavanja (Gerrity, 2001; Zurlo et al., 2018), možemo pretpostaviti da u periodu pregleda, traženja odgovarajućih tretmana i donošenja odluka za dalje korake, one pristupaju traženju socijalne podrške, koju onda i dobijaju. Nakon toga, sledi period kada su već prihvatili da se radi o neplodnosti i kada aktivno rade na rešavanju problema, u kom su, zapravo, možda okupirani nekim drugim stvarima, te se manje oslanjaju na okruženje. One žene koje se sa ovim problemom suočavaju više od 5 godina pak, u nekim momentima dosta promišljaju i u svemu tome se osećaju loše, te ponovo oslanjaju dominantno na socijalnu podršku. Važno je naglasiti da u prikazanom istraživanju ispitanice nisu upitane o fazi tretmana neplodnosti, već samo dužini suočavanja. Rezultati nekih ranije sprovedenih istraživanja ukazuju na to da percipirana socijalna podrška ne samo da varira u zavisnosti od dužine suočavanja, već i od faze tretmana (Boivin & Takefman, 1996), te bi u narednim istraživanjima bilo zanimljivo ispitati i fazu tretmana u kojoj se ispitanica nalazi.

Socijalna podrška – podrška partnera. Rezultat ovog istraživanja koji je doista ohrabrujući odnosi se na činjenicu da razlike među grupama ne postoje kada se radi o percepciji podrške partnera, te da je ona najviše zastupljeni resurs podrške. *Zašto su ovi rezultati toliko važni i šta nam oni govore?* Upravo navedeni rezultat značajan je jer ukazuje na postojanje zajedničkog suočavanja sa problemom neplodnosti (tzv. *dyadic coping*), te doživljavanje neplodnosti među našim parovima kao dijadnog problema, nasuprot shvatanju da se radi o problemu pojedinca (Higgins, 1990). U prilog navedenom govori i činjenica da je zajedništvo pri donošenju odluka tokom tretmana visoko procenjeno na ispitanom uzorku. Rezultati koji ukazuju na to da je podrška partnera najzastupljeniji resurs podrške u skladu su sa rezultatima prethodnih studija u kojima je dobijeno da se žene najviše oslanjaju na podršku partnera prilikom suočavanja sa neplodnošću, a podrška koja im je najpotrebnija dok su u tretmanu odnosi se upravo na bodrenje za ostanak u tretmanu i neodustajanje (Daniluk, 2001). U istraživanju sprovedenom u Japanu izostanak podrške od strane partnera povezan je sa većim percipiranim stresom i zastupljenijom anksioznošću i depresivnošću (Matsubayashi et al., 2004), što dodatno ukazuje na protektivni ulogu koju ima podrška iz ovog izvora. Nadalje, u prethodno sprovedenim studijama kako u inostranstvu (Martins et al., 2014), tako i u našoj zemlji, podrška partnera pokazala se najznačajnijim vidom podrške, a što je ona zastupljenija, žene bolje procenjuju bračnu funkcionalnost (Jestrović i sar., 2016), što govori o ostvarivanju pozitivnih efekata ovog segmenta podrške ne samo na mentalno zdravlje pojedinca, već i na bračni odnos.

Bračna funkcionalnost. Sa tim u vezi, rezultati ovog istraživanja ukazuju na izostanak razlika u bračnoj funkcionalnosti generalno, kao i po svakom od njenih pojedinačnih aspekata, među ispitanice tri grupe. Ono što je takođe potrebno naglasiti jeste da je ona veoma visoko procenjena od strane ispitanica. O kvalitetu partnerskih odnosa ispitanica govori i podatak da je, od svih aspekata stresa povodom neplodnosti, najmanje zastupljen stres u domenu partnerskog odnosa, dok je u prethodno sprovedenom istraživanju u našoj zemlji stres najniži u socijalnom domenu (Milovanović, 2018). Pretpostavka od koje je autor krenuo na osnovu rezultata prethodnih istraživanja da će postojati negativni efekti dužine suočavanja, te da će žene koje se duže nose sa ovom krizom svoj brak procenjivati negativnije nije potvrđena (Edelmann & Connolly, 1986; Ulbrich et al., 1990). Dobijeni rezultati u skladu su sa studijama u kojima nije pokazan efekat dužine suočavanja sa neplodnošću na bračni kvalitet i zadovoljstvo (Ismail & Moussa, 2017; Lowyck et al., 2009), a objašnjenje istih može se tražiti u konstantno visoko izraženoj podršci od strane partnera, za koju je pokazano da ostvaruje

pozitivne efekte na procenu bračne funkcionalnosti (Jestrović i sar., 2016), ali i generalnim karakteristikama uzorka koje upućuju na to da ispitanice svoje odnose vide visoko funkcionalnim. Ipak, u prikazanom istraživanju socijalna podrška od strane partnera ostvaruje pozitivne efekte na procenu bračne funkcionalnosti, ali kada se u model dodaju i drugi prediktori, ova značajnost izostaje. S obzirom na to da se ukupna socijalna podrška nije pokazala značajnim medijatorom u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti, što će biti tumačeno u nastavku teksta, naknadna ideja autora bila je ispitati značajnost medijacione uloge ovog izolovanog segmenta podrške, podrške od strane partnera. Kako se ova podrška nije pokazala značajnom ubacujući u model i druge relevantne prediktore na osnovu teorijskog polazišta, odnosno Modela rezilijentnosti na neplodnost, nije imalo smisla ubacivati je u medijacionu analizu (detaljnije *Prilog 2*). Dobijeni nalazi mogu biti tumačeni stavkama skale i njenim nazivom. Naime, originalan naziv ove subskale je, kako je prethodno navedeno, podrška od značajnih drugih, dok su stavke formulisane koristeći termin posebna osoba. Kako je u prethodno sprovedenim istraživanjima koja su se bavila ispitivanjem socijalne podrške prilikom suočavanja sa neplodnošću u kojima je korišćena ista skala ovaj skor uziman kao pokazatelj podrške od strane partnera (Martins et al., 2011), kog većina žena zaista i vidi kao najveću podršku (Kroemeke & Kubicka, 2018), autor je doneo odluku da i u ovom istraživanju skor na navedenoj subskali bude pokazatelj percipirane podrške od strane partnera. Ipak, moguće je da ispitanice, popunjavajući upitnik, nisu imale na umu svog partnera prilikom odgovaranja na pitanja koja se tiču podrške od posebne osobe (posebna osoba može biti bilo ko čiju podršku u tom procesu smatraju značajnom, kao npr. neko od rođaka, kuma, koleginica, neka od žena koje su već prošle kroz sve to i sl.). Nadalje, rezultati bi potencijalno mogli biti drugačiji da je instrument kojim je merena socijalna podrška bio specifično namenjen merenju podrške prilikom suočavanja sa neplodnošću. Prilikom donošenja odluke o korišćenju instrumenta, autor se ipak vodio time da u istraživanju korišćen instrument jeste najdominantnije korišćen i u proceni podrške u kontekstu konkretnog stresora. Na kraju, ostaje tumačenje i da su zapravo neke od stavki koje se nalaze u okviru ove subskale pokrivene nekim drugim skalama koje su korišćene za merenje drugih prediktora, poput zajedništva ili pozitivne razmene, te da je uključivanjem istih u model značaj podrške partnera nestao.

Strategija samozanemarivanja. Pored socijalne podrške, značajne razlike dobijene su u primeni strategije samozanemarivanja, koja spada u skup izbegavajućih strategija, i to tako da je ispitanice najmanje primenjuju u prvoj fazi, zatim u drugoj fazi su najviše sklone samozanemarivanju, dok je ono nešto manje izraženo u trećoj grupi. Ukoliko se osvrnemo na

sadržaj stavki koje spadaju u ovaj faktor kao što su „*Izgled, šminka i odeća manje su mi važni nego ranije.*” ili “*U ovom trenutku nemam strpljenja da ulažem u svoj izgled.*” dobijeni rezultat se, kao i u slučaju percipirane socijalne podrške od prijatelja i članova porodice, može pre svega objasniti procesom suočavanja sa neplodnošću. Naime, kada se suočavaju sa ovim problemom manje od 2 godine i nalaze u početnoj fazi, ove žene i dalje vode računa o sebi i za njih postoje drugi segmenti života osim neplodnosti. U srednjoj fazi, dominantno su fokusirane na lečenje i tretmane, te ne čudi podatak da su baš u ovoj fazi najsklonije samozanemarivanju, koje je prvenstveno mereno nekakvom vrstom nepridavanja značaja fizičkom izgledu, nakon čega, sa dužim trajanjem problema ponovo počinju da se „*vraćaju u život*“ i više pažnje posvećuju nekim njegovim drugim segmentima (Wallach & Menning, 1980). Bez obzira na dobijene značajne rezultate kada se radi o primeni ove strategije, važno je naglasiti da je ona vrlo malo primenjivana na ispitivanom uzorku, zajedno sa ostalim izbegavajućim strategijama, što predstavlja ohrabrujući podatak, budući da su se one u prethodnim istraživanjima izdvajale prisutnijim na ženskom uzorku (Gerrity, 2001), kao i da su na uzorku iz prethodno sprovedenog istraživanja u našoj zemlji zastupljenije nego na uzorku iz inostranstva (Milovanović, 2018). Na osnovu teorije suočavanja sa stresom Folkmana i Lazarusa (Folkman & Lazarus, 1985) stilovi suočavanja menjaju se u zavisnosti od trajanja i konteksta, što je u ovom istraživanju potvrđeno samo kada se radi o ovoj konkretnoj strategiji, dok razlike po grupama strategija ili konkretnim strategijama suočavanja osim samozanemarivanja nisu dobijene. Ipak, svakako ne smemo zaboraviti da se ne radi o longitudinalnoj studiji, te se zapravo ne može govoriti o smenjivanju strategija u zavisnosti od faze suočavanja. Za ovakav zaključak, kao i sticanje boljeg uvida bilo bi značajno sprovesti longitudinalnu studiju koja bi za cilj imala ispitivanje promena u primenjivanim strategijama, te njihov značaj za proces suočavanja sa neplodnošću.

ODNOS SOCIODEMOGRAFSKIH SA ISPITIVANIM NEZAVISNIM I ZAVISNIM VARIJABLAMA

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od iskustva prethodne trudnoće

Kako je jedna od zamerki velikom broju istraživanja upravo izostanak podataka o prethodnim trudnoćama (Casteline, 1989), u ovom istraživanju uključena je ta varijabla, sa

očekivanjem da se ispitanice mogu razlikovati po merenim varijablama u zavisnosti od toga da li su ranije uspele da ostvare začeće ili ne. U kliničkoj praksi, veoma je važno imati informaciju o tome da li žena ima problem sa začećem ili sa iznošenjem trudnoće do kraja, odnosno da li je reč o sterilitetu ili neplodnosti (Larsen, 2005). U skladu sa tim, očekuje se da će i proces psihološkog suočavanja izgledati drugačije, iako, upravo zbog izostanka podataka, izostaju i istraživanja na osnovu kojih bi se mogle izvesti polazne hipoteze o pretpostavljenim razlikama, tako da je ovaj deo istraživanja zapravo eksplorativni. Naime, ispitanice koje su već uspele da ostvare začeće imaju informaciju o tome da je makar ovaj deo puta dolaska do bebe izvodljiv, dok one koje nisu često ne znaju da li ili pak već imaju informaciju da prirodno začeće nije moguće, što dovodi do pretpostavke da stres izazvan neplodnošću kod ovih žena i čitav proces suočavanja izgleda drugačije. Sa druge strane, začeće za parove koji se suočavaju sa neplodnošću predstavlja nadu da će konačno uspeti da se ostvare u ulozi roditelja, tako da gubitak koji nastaje usled neželjenog prekida trudnoće ili spontanog pobačaja ostvaruje značajne negativne efekte na psihološko funkcionisanje pojedinca i para (Casteline, 1989). Bez obzira na navedeno, na ispitanom uzorku nisu dobijene značajne razlike ni na jednoj od merenih varijabli, što se može tumačiti shvatanjem da je ishod jedini koji pravi razliku među ispitanicama, odnosno to da li dođe do rođenja deteta ili ne. Upravo navedeno može se objasniti podacima koji ukazuju na neretko u velikoj meri zastupljenu ansioznost i strah tokom trudnoće kod parova koji imaju istoriju suočavanja sa neplodnošću (Alesi, 2005), te potpuno opuštanje (verovanje da postaju roditelji) tek kada se dete rodi.

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze

Bez obzira na to što je neplodnost definisana kao dijadni problem (Burns & Covington, 2006), razlike u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze dobijene su u pogledu opšteg stresa izazvanog neplodnošću, njegovog seksualnog aspekta, kao i aspekta koji se odnosi na nemogućnost prihvatanja života bez dece. Naime, ukoliko je žena nosilac dijagnoze, stres je zastupljeniji, kako generalno, tako i na pobrojana dva aspekta. Rezultati prethodno sprovedenih istraživanja po pitanju značajnosti nosioca dijagnoze su kontradiktorni, a u jedinom pronađenom istraživanju u kom se istraživač, između ostalog, bavio ovim pitanjem u Srbiji nisu dobijeni značajni rezultati (Milovanović, 2018). Dobijeni nalazi u suprotnosti su sa rezultatima dobijenim u istraživanju autora instrumenta namenjenog merenju stresa izazvanog

neplodnošću, u kom je dobijeno da globalni stres izazvan neplodnošću, kao i njegov seksualni aspekt, i muškarci, ali i žene procenjuju višim kada je muškarac nosilac dijagnoze (Newton et al., 1999). Ipak, rezultati u radu prikazanog istraživanja delimično su u skladu sa onima koji su dobijeni u prethodno sprovedenom istraživanju novijeg datuma, u kom su značajne razlike dobijene na opštem stresu izazvanom neplodnošću i njegovom domenu koji se odnosi na potrebu za roditeljstvom, pri čemu je stres viši kada je nosilac dijagnoze žena (Amini, Ghorbani & Afshar, 2020). Nadalje, iako nije korišćena ista skala, u istraživanju sprovedenom u Turskoj dobijeno je da žene koje su nosioci dijagnoze distres izazvan neplodnošću procenjuju zastupljenijim, od žena čiji partner je nosilac dijagnoze (Ozan & Duman, 2020), a anksioznost je takođe zastupljenija kada su one nosioci dijagnoze (Dhaliwal, Gupta, Gopalan & Kulhara, 2004). Pobrojana istraživanja sprovedena su i po dve decenije nakon istraživanja autora instrumenta u kom su dobijeni drugačiji rezultati, što potencijalno navodi na zaključak da dolazi do određenih promena kada se radi o visini percipiranog stresa kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću. Naime, autori izvornog istraživanja ovaj nalaz objasnili su potencijalnim povećanjem stresa usled želje žena da zaštite partnera od socijalnog pritiska i srama ukoliko je on nosilac dijagnoze (Newton et al., 1999). Moguće je da u novije vreme, sa povećanjem broja parova koji se suočavaju sa ovim problemom, ali i zastupljenijom pričom o neplodnosti, momenat srama usled muške neplodnosti nije toliko zastupljen kao pre dvadesetak godina, te da je stres kod žena kada su one same nosioci dijagnoze zastupljeniji usled većeg osećaja odgovornosti za izostanak potomstva i neostvarivanje u ulozi roditeljskog para. U skladu sa ovim je i rezultat koji ukazuje na češće korišćenje samookrivljavanja kod ispitanica koje su same nosioci dijagnoze. Osim mogućnosti da se radi o osećanju krivice i odgovornosti za problem, prethodna istraživanja ukazuju da ponekad dolazi i do okrivljavanja od strane partnera (McDaniel et al., 1992), što takođe može dovesti do izraženijeg stresa. Najviše zastupljeni stres u domenu nemogućnosti prihvatanja života bez dece kod ispitanica koje su sami nosioci ili pak kod kojih dijagnozu imaju i ona i partner potencijalno se može objasniti time da, čak i da jednog dana promene partnera, postoji opcija da se ove ispitanice i dalje ne ostvare u ulozi majke, budući da su one te koje imaju problem sa začecem. Još jedan interesantan podatak odnosi se na to da globalni stres, kao i stres iz navedena dva domena najnižim percipiraju ispitanice kod kojih uzrok neplodnosti, odnosno nosilac dijagnoze nije poznat. Postavlja se pitanje šta se nalazi u osnovi ovog rezultata – koliko se radi o tome da to što nema jasne dijagnoze potencijalno znači da je sve u redu i da će se u nekom momentu ostvariti u ulozi roditelja, a koliko pak o izostanku „odgovornosti“. Odgovor na ovo pitanje

mogao bi se dobiti sprovođenjem kvalitativne studije sa ciljem razumevanja faktora koji stoje u osnovi procene nivoa stresa kod ispitanica. Drugom tumačenju govori u prilog i podatak da je stres najviše zastupljen kada je ispitanica sama nosilac dijagnoze, a zatim kada su oba člana para nosioci, dakle, kada je i dalje deo „odgovornosti“ njen. Dobijeni rezultati posebno su interesantni u kontekstu tradicionalnog društva kakvo je naše, u kome je i dalje dominantno stanovište da je žena „odgovorna“ za pitanje potomstva i ukoliko nešto ne ide kako je očekivano od nje se prvo očekuje odlazak na preglede, ispitivanja i sl (Jensen, 2016; Trebješanin, 2000). Naime, bolje pogledavši rezultate prethodno sprovedenih istraživanja zapravo se vidi da su rezultati dobijeni u ovoj studiji potvrdili one dobijene u istočnim zemljama (Iranu i Turskoj), dok je istraživanje autora instrumenta sprovedeno u Kanadi. U skladu sa tim, pored prethodno navedenih, jedno od potencijalnih objašnjenja dobijenih nalaza može biti i ono koje nude istraživači iz Turske, koji govore o potencijalnom strahu za brak, što u slučaju muslimanskih kultura predstavlja opasnost od venčavanja sa još jednom ženom (Ozan & Duman, 2020), dok se u slučaju naše kulture može objasniti ispitanicinim strahom za stabilnost braka, odnosno potencijalnim razvodom. U prilog ovom objašnjenju govore i rezultati istraživanja sprovedenog u našoj zemlji koji ukazuju da je stabilnost braka kod ovih parova manja nego kod kontrolne grupe (Šakotić-Kurbalija i sar., 2018). Moguće je da kod ispitanica sa zapada zapravo ovaj momenat straha za stabilnost braka nije zastupljen s obzirom da se na roditeljstvo ne gleda kao na obavezan ishod braka, kao što je slučaj u istočnim kulturama (Saleem et al., 2019), te samim tim nije imao udela u proceni stresa izazvanog neplodnošću. Ipak, rezultati istraživanja ukazuju na postojanje manjeg broja razvoda među parovima koji su prošli kroz postupak neuspešne vantelesne oplodnje nego kod kontrolne grupe parova koji su imali decu, ali i više razvoda u poređenju sa parovima koji su se nakon vantelesne oplodnje ostvarili u ulozi roditelja (Johansson et al., 2009). Interesantan podatak jeste da u prikazanom istraživanju nisu dobijene značajne razlike u percepciji socijalnog aspekta stresa, što se može povezati sa generalno visoko zastupljenom socijalnom podrškom.

Takođe, jedan od segmenata za koji je pokazano da se u velikoj meri menja tokom suočavanja sa neplodnošću jeste seksualni aspekt funkcionisanja para, u kom odnosi postaju „robotizovani“, a njihova najdominantnija svrha, najčešće, pokušaj ostvarivanja začeca (Glover et al., 2009; Ohl et al., 2008; Van der Merwe & Greeff, 2015). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da, kada je ona sama nosilac dijagnoze, stres u ovom segmentu je izraženiji, što je u suprotnosti sa prethodno dobijenim rezultatima koji ukazuju da žene procenjuju stres najvišim kada je njihov partner nosilac dijagnoze (Newton et al., 1999). Ipak,

osvrnuvši se na stavke koje se nalaze u okviru ove subskale (npr. „*Smatram da sam izgubila uživanje u seksu zbog problema sa plodnošću.*”), jasno se vidi da povišen skor zapravo ukazuje na dominantno povezivanje seksualnih odnosa sa začećem, što je još izraženije kada ispitanice imaju potvrdu da su one te “zbog kojih se” to začeće ne dešava.

Pored razlika dobijenih u generalnom percipiranom stresu i njegova dva navedena domena, značajne razlike u zavisnosti od nosioca dijagnoze dobijene su i u korišćenju strategija prevladavanja. Ukoliko posmatramo faktore višeg reda, značajne razlike dobijene su u slučaju strategija iz seta izbegavajućih i praktičnog menadžmenta. Ispitanice se najviše koriste strategijama iz domena praktičnog menadžmenta, u koje spadaju planiranje i informisanje i traženje socijalne podrške, kada su one same nosioci dijagnoze, a ovaj nalaz potvrđen je za traženje socijalne podrške i prilikom testiranja razlika na svakoj od strategija ponaosob. Naime, pripadnice ženskog pola tokom procesa suočavanja sa neplodnošću su sklonije oslanjanju na socijalnu podršku i deljenju sa ljudima iz okruženja, nego što je to slučaj sa muškarcima (Zurlo et al., 2018). Rezultati ovog istraživanja ukazuju da je ovo još izraženije u situaciji kada su same nosioci dijagnoze, što zapravo može biti tumačeno povišenim globalnim stresom izazvanim neplodnošću, koji je potvrđen u ovom istraživanju. Takođe, jedno od potencijalnih objašnjenja zašto je oslanjanje na socijalnu podršku najviše zastupljeno u slučaju kada su ispitanice same nosioci dijagnoze jeste to da ispitanice usled želje da zaštite partnera zapravo ne razgovaraju o ovom problemu sa svojim okruženjem kada je muškarac taj koji je nosilac dijagnoze (Newton et al., 1999). Nadalje, rezultati pokazuju da su ispitanice kada su nosioci dijagnoze sklonije izbegavajućim strategijama, pre svega samookrivljanju, koje se može objasniti osećajem lične odgovornosti za to što oboje ne mogu da se ostvare u ulozi roditelja. Navedeni rezultat je značajan u kontekstu povezanosti sa stresom izazvanim neplodnošću, budući da je dobijeno da ispitanice koje češće koriste strategije iz seta izbegavajućih, kao i one iz domena praktičnog menadžmenta ostvaruju više skorove na globalnom nivou stresa.

Razlike među ispitanicama u zavisnosti od mesta stanovanja i dostupnosti klinika

Uzimajući u obzir mesto stanovanja ispitanice (sa kategorijama veći grad, manji grad i selo) dobijene su značajne razlike u procenjenoj podršci od strane medicinskog osoblja, ali dobijeni rezultati su u suprotnosti sa onim dobijenim u prethodnim istraživanjima. Naime, na

osnovu prethodnih istraživanja očekuje se da će podrška biti zastupljenija u većim gradovima, s obzirom na to da je ona dostupnija, te da zapravo lekari imaju više iskustva u radu sa ovim problemom, što ih čini adekvatnijom podrškom (Ridenour et al., 2009). Ipak, rezultati prikazanog istraživanja ukazuju da ne postoji razlika u proceni medicinske podrške u zavisnosti od dostupnosti klinike za sprovođenje vantelesne oplodnje (Prilog 1, Tabela 23). Takođe, rezultati ovog istraživanja ukazuju na upravo suprotno – ispitanice sa prebivalištem na selu i u manjim gradovima percipiraju podršku od strane medicinskog osoblja značajno višom. Dobijeni rezultat može se objasniti manjim protokom pacijenata, te stoga i većom fokusiranošću i mogućnosti da više pažnje posvete konkretnom pacijentu, nasuprot situacije u velikim gradovima gde se žene neretko osećaju „kao na pokretnoj traci“, što je bila i jedna od tema u okviru međunarodnog Festivala potpomognute oplodnje pod sloganom „Niste sami“, održanog u Beogradu (tema diskusije: „Jesmo li parovi ili brojevi?“). Takođe, ono što je važno naglasiti jeste da ne znamo koje stručnjake su ispitanice imale u vidu kada su popunjavale upitnik (instrukcija za popunjavanje upitnika glasila je „Pred Vama se nalazi niz rečenica koje opisuju različita ponašanja lekara i celokupnog medicinskog osoblja sa kojima se susrećete. Molimo Vas da procenite u kojoj meri ste zadovoljni pobrojanim aspektima.“) – da li one iz svog mesta ili lekare specijaliste infertiliteta kada su ušle u tretman vantelesne oplodnje, što možemo pretpostaviti da je slučaj. U tom slučaju, moguće je da se radi o tome da žene koje žive u selima i manjim mestima zapravo imaju manja očekivanja od medicinskog osoblja, te stoga podršku od strane njih procenjuju boljom.

Pored ove, značajna razlika dobijena je još samo u percepciji primene strategije koja se odnosi na spiritualno prevladavanje (primer stavki: „Trudim se da nađem utehu u religiji.“ ili „Molim se više nego obično.“), koju značajno češće koriste žene koje žive u malom gradu ili na selu od žena iz velikih gradova. Dobijeni rezultati u skladu su sa rezultatima prethodnih istraživanja u domenu značaja oslanjanja na „višu silu“ kao strategiju prevladavanja (Becker et al., 2006) i mogu se objasniti generalno većem pridavanju značaja religiji u manjim mestima i oslanjanja na religiju u teškim životnim situacijama. Takođe, razlike među ispitanicama u zavisnosti od dostupnosti klinike dobijene su samo na ovoj strategiji – ispitanice koje nemaju kliniku u svom mestu sklonije su korišćenju spiritualnog prevladavanja kao tehnike, što se može povezati sa prethodno navedenim, budući da su to zapravo ispitanice koje žive na selu ili u malim gradovima. Jedno od objašnjenja može biti da se ove žene, usled nedovoljnih resursa koji se odnose na praktično rešavanje problema (konkretno izostanka klinika) okreću nekim od alternativnih pristupa, poput molitve. U vezi sa navedenim, zanimljivo bi bilo ispitati postoji li

razlika u broju parova koji se suočavaju sa neplodnošću koji stupaju u medicinski tretman u zavisnosti od toga da li imaju dostupnu kliniku u svom mestu ili ne, kako bi se stekao uvid koliko je dostupnost bitan faktor prilikom odlučivanja na tretman. Činjenica je da proces uključivanja u tretman nesumnjivo drugačije izgleda kod parova koji imaju kliniku u mestu boravka i da bi došli do iste dovoljno je da dođu od svoje kuće, dok su parovi koji nemaju kliniku u blizini obično primorani da posežu tzv. *medicinskom turizmu*, te iznajmljuju stanove kako bi tokom tretmana bili u mestu u kom se nalazi klinika u kojoj se tretman sprovodi (Ridenour et al., 2009).

Povezanost ostalih socio-demografskih varijabli sa ispitivanim zavisnim i nezavisnim varijablama

Primenom kanoničke korelacione analize dobijeno je sa ispitanice koje su starije, obrazovanije, sa većim prihodima i manje religiozne manje koriste izbegavajuće strategije, a generalni stres izazvan neplodnošću percipiraju nižim. Dobijeni rezultati u skladu su sa onima koji ukazuju da je psihološki distres tokom tretmana veći kod žena koje mlađe ulaze u proces suočavanja, što autori objašnjavaju većim iskustvom kod starijih ispitanica (Lee et al., 2019). Takođe, dobijeni rezultat u skladu je sa rezultatom studije sprovedene na ispitanicama iz naše zemlje u kojima su mlađe ispitanice koje manje zarađuju sklonije korišćenju strategija suočavanja iz seta izbegavajućih (Milovanović, 2018), što se može objasniti time da starije ispitanice, koje ostvaruju veće prihode imaju više finansijskih mogućnosti da pristupe tretmanima koji potencijalno mogu dovesti do ostvarivanja u roditeljskoj ulozi, te su manje sklone izbegavajućim strategijama. U prethodno sprovedenim istraživanjima dobijana je protektivna uloga obrazovanja, koju su istraživači objašnjavali većom mogućnošću zadovoljavanja potreba za razumevanjem i kontrole medicinskog tretmana, većom otvorenošću za formiranje identiteta koji se ne bazira isključivo na roditeljstvu, ali i većim prihodima, koji obezbeđuju bolje mogućnosti pristupa medicinskim tretmanima (Swift & Liu, 2014). Ova protektivna uloga obrazovanja u očuvanju kvaliteta života kod ispitanica koje se suočavaju sa krizom neplodnosti potvrđena je čak i kada ona traje dugo (Zurlo et al., 2018). U prikazanom istraživanju potvrđeno je da su žene koje su obrazovanije manje sklone korišćenju strategija iz seta izbegavajućih, od onih sa nižim obrazovanjem, što autori prethodnih istraživanja objašnjavaju generalno proaktivnijim i donekle odgovornijim ponašanjem po pitanju zdravlja

kod ljudi višeg obrazovnog statusa (Ismail & Moussa, 2017). Pored toga, što su manje religiozne, ispitanice manje koriste izbegavajuće strategije prevladavanja, što je u skladu sa sklonosti religioznih osoba „prihvatanju sudbine“ i objašnjavanjem problema postojanjem „više sile“ (Becker et al., 2006). Ovaj deo rezultata koji govori o pozitivnoj povezanosti religioznosti i stresa izazvanog neplodnošću u suprotnosti je sa rezultatima Domara i saradnika koji ukazuju da je stres izazvan neplodnošću niži kod onih kod kojih je religioznost i spiritualnost više zastupljena (Domar et al., 2005). Upravo suprotno, dobijeni rezultati govore u prilog onome na šta su neki od istraživača iz ove oblasti upozoravali, a to je da religioznost može ostvarivati negativne efekte na stres, što objašnjavaju time da se zapravo radi o negativnom efektu učestvovanja u nekim religioznim aktivnostima u koje su uključene i porodice sa decom, što može dovesti do povećanja distresa i depresivnosti kod parova koji ne uspevaju da se ostvare u ulozi roditelja (Smith & Smith, 2004).

Interesantan podatak je da ove ispitanice zajedništvo u partnerskom odnosu procenjuju manje zastupljenijim. *Kako se ovo može objasniti?* Naime, moguće da su ove žene više usmerene na rešavanje problema, imaju više znanja o samom tretmanu i bolje ga razumeju (Swift & Liu, 2014), te samim tim i jasniju sliku o tome koje korake i kada je potrebno preduzeti, što ih čini samostalnijim tokom tretmana. Postoji mogućnost da ove žene, upravo zbog prethodno navedenog, osećaju manju potrebu za podrškom i oslanjanjem na partnera, manje je traže od partnera, a kao posledicu toga manje i dobijaju. Takođe, pored nižeg zajedništva, ove ispitanice procenjuju niže zastupljenom i medicinsku podršku, što zapravo može ukazivati na to da su kod njih prisutna viša očekivanja od bliskih osoba (pre svega partnera), ali i od medicinskog osoblja sa kojima se susreću tokom tretmana, nego što je to slučaj sa manje obrazovanim, mlađim ispitanicama koje manje zarađuju.

Bez obzira na ranije istican značaj dužine braka za proces suočavanja sa neplodnošću (Ulbrich et al., 1990), u ovom istraživanju on se nije pokazao značajnim, što zapravo govori u prilog tome da nije sama dužina braka faktor koji ostvaruje efekte, nego to kako taj brak izgleda, odnosno kako se parovi suočavaju sa ovim stresorom.

POVEZANOST IZMEĐU STRESA IZAZVANOG NEPLODNOŠĆU I BRAČNE FUNKCIONALNOSTI

Dobijene korelacije ukazuju na negativnu povezanost stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti, što je u skladu sa hipotezama formiranim na osnovu rezultata dobijenih u prethodno sprovedenim istraživanjima (Bodur et al., 2013; Newton et al., 1999; Van der Merwe, 2010). Dakle, ispitanice koje globalni stres izazvan neplodnošću procenjuju višim, svoj partnerski odnos vide manje funkcionalnim, što govori u prilog tome da neplodnost jeste kriza koja, između ostalih segmenata, ostavlja efekte i na partnersko funkcionisanje (Burns & Covington, 2006).

Primenom kanoničke korelacione analize dobijena su tri nezavisna sklopa povezanosti između posebnih aspekata stresa izazvanog neplodnošću i dimenzija bračne funkcionalnosti. Prvi sklop je opštiji i ukazuje na to da ispitanice koje stres u partnerskom domenu, koji podrazumeva teškoće prilikom diskutovanja o problemu neplodnosti sa partnerom i uticaj ovog problema na partnerski odnos, kao i stres u seksualnom domenu, koji se ogleda u opadanju interesa za seks i teškoćama usled unapred planiranih odnosa (Newton et al., 1999), percipiraju manje zastupljenim svoj brak ocenjuju funkcionalnijim po svim aspektima funkcionalnosti, te je stoga ova kanonička funkcija imenovana kao bračna rezilijentnost. Navedeni nalaz u saglasnosti je sa rezultatima dobijenim u istraživanju autora upitnika za merenje stresa izazvanog neplodnošću u kom se partnerski i seksualni aspekt ovog stresa izdvajaju kao najbolji prediktori svih domena bračne prilagođenosti (Newton et al., 1999), što se zapravo i može objasniti time da ova dva aspekta stresa izazvanog neplodnošću jesu ti koji po definiciji direktno uključuju partnersko funkcionisanje.

Nadalje, korelacije sa drugog kanoničkog faktora ukazuju na nešto specifičnije povezanosti, pre svega u domenu seksualnog funkcionisanja para, a ova funkcija nazvana je seksualni distress. Što je stres u seksualnom domenu viši, to je afektivno-seksualna usaglašenost među partnerima manje zastupljena. Ukoliko se osvrnemo na stavke za merenje seksualnog stresa i afektivno seksualne usaglašenosti zapravo se jasno vidi da i jedni i drugi uključuju opadanje interesa za seks i nezainteresovanost za isti usled iscrpljenosti ili umora (Spanier, 1976) te je dobijena povezanost očekivana. Takođe, ona je i u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja koji govore o padu zadovoljstva seksualnim aspektom veze, budući da odnosi postaju „robotizovani“, njihov osnovni cilj postaje ostvarivanje potomstva, a dolazi i do

nedostatka strasti među partnerima (Glover et al., 2009).

Poslednji sklop takođe je specifičniji, a ova kanonička funkcija nazvana je socijalni pritisak i suočavanje sa njim. Korelacije sa ovim faktorom ukazuju da žene koje višim procenjuju stres iz domena socijalnog aspekta, koji se odnosi na komentare porodice i okruženja i imaju višu potrebu za roditeljstvom, koja podrazumeva identifikaciju sa ulogom roditelja i viđenje roditeljstva kao najvažnijeg životnog cilja (Newton et al., 1999), bračnu kohezivnost procenjuju zastupljenijom. Ovo je u skladu i sa rezultatima dobijenim u istraživanju Slejd i saradnika (Slade, Emery & Lieberman, 1997) koji su merenjem bračne funkcionalnosti i njenih pojedinačnih aspekata prvog dana ciklusa prvog postupka vantelesne oplodnje došli do rezultata da ispitanici kohezivnost procenjuju višom u odnosu na prosečne vrednosti bračnih parova generalno, dakle da je kod ovih parova bez obzira na nivo stresa kohezivnost inače zastupljenija nego u kontrolnoj grupi. Dobijeni rezultat može se objasniti sadržajem subskale kojom se meri kohezivnost – naime, ona se odnosi na prisutnost zajedničkog provođenja vremena koje podrazumeva razmenu ideja, smirene razgovore i diskusije, kao i zajednički rad na nekom ostvarenju (Spanier, 1976). Što parovi percipiraju prisutnijim pritisak od strane okoline i što je potreba za roditeljstvom izraženija, skloniji su da o tome razgovaraju, razmenjuju ideje, diskutuju i na taj način zajedno rade na rešavanju problema neplodnosti, koji svakako predstavlja zajednički problem.

POVEZANOST IZMEĐU VARIJABLI U MODELU PRILAGODAVANJA NA STRES IZAZVAN NEPLODNOŠĆU

Stres izazvan neplodnošću negativno je povezan sa bračnom funkcionalnošću, što je detaljno komentarisano u okviru prethodnog podnaslova. Osim toga, globalni stres izazvan neplodnošću negativno je povezan i sa socijalnom podrškom, medicinskom podrškom, pozitivnom razmenom među partnerima i zajedništvom, kao i strategijama usmerenim na druge ciljeve. U ovom istraživanju, pozitivna veza stresa izazvanog neplodnošću dobijena je sa strategijama prevladavanja iz seta izbegavajućih, kao i strategija iz domena praktičnog menadžmenta, u koje spadaju traženje socijalne podrške i planiranje i informisanje. Pored toga, kada se govori o povezanosti sa zavisnom varijablom, odnosno bračnom funkcionalnošću, sve medijatorske varijable, izuzev ove dve prethodno navedene, ostvaruju pozitivne korelacije sa istom (socijalna podrška, medicinska podrška, pozitivna razmena, zajedništvo i strategije

prevladavanja usmerene na druge ciljeve). Strategije iz seta izbegavajućih ostvaruju značajnu negativnu povezanost, dok strategije iz domena praktičnog menadžmenta ne ostvaruju povezanost sa bračnom funkcionalnošću.

Socijalna podrška. S obzirom da je veza između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti prethodno prokomentarisana, krenućemo od povezanosti socijalne podrške sa stresom izazvanim neplodnošću. Naime, na osnovu prethodno sprovedenih istraživanja očekuje se da će, što je socijalna podrška iz različitih domena zastupljenija, stres izazvan neplodnošću biti manji (Hinton et al., 2010), a bračna prilagođenost viša (Maillet, 2002). Ovaj rezultat potvrđen je i u ovom istraživanju, kao i to da ispitanice koje podršku procenjuju zastupljenijom, svoje odnose percipiraju funkcionalnijim. Bez obzira na polemiku o značaju koji socijalna podrška ostvaruje na suočavanje sa problemom neplodnosti, kao i upozoravanje da, ukoliko je neadekvatna, može ostvariti negativne efekte na stres izazvan neplodnošću (Burnett & Panchal, 2008; Ridenour et al., 2009), pozitivan doprinos postojanja socijalne podrške suočavanju sa ovim stresom u ovom istraživanju je nedvosmisleno potvrđen – kako na pojedinca, u domenu visine stresa izazvanog neplodnošću, tako i na partnersko funkcionisanje, u domenu bolje procene kada je podrška više zastupljena.

Medicinska podrška. Nadalje, jednaki rezultati dobijeni su i za medicinsku podršku. Ispitanice koje podršku od strane medicinskog osoblja procenjuju zastupljenijom stres izazvan neplodnošću procenjuju nižim, a bračnu funkcionalnost više izraženom. S obzirom na to da je instrument za procenu medicinske podrške nov, kreiran za potrebe ovog istraživanja, nisu se mogle izvesti jasne hipoteze o povezanosti. Ipak, dobijeni nalaz u skladu je sa onima koji ukazuju na značaj postojanja podrške od strane medicinskog osoblja za proces suočavanja sa neplodnošću (Daniluk, 2001), pristupa tretmanu i sklonosti preuranjenog napuštanja istog (Ware & Davis, 1983). Tokom suočavanja sa neplodnošću medicinsko osoblje neretko predstavlja one koji parovi najčešće viđaju i sa kojima su kontinuirano u interakciji, te ne čudi da kvalitet ove interakcije ostvaruje značajnu povezanost sa percipiranim stresom kod ispitanica.

Strategije prevladavanja. U prethodno sprovedenim istraživanjima koja su za predmet imala ispitivanje procesa suočavanja sa neplodnošću i strategija prevladavanja dobijani su kontradiktorni rezultati. U prikazanom istraživanju, bez obzira na navođenu potencijalnu protektivnu ulogu izbegavajućih strategija u procesu suočavanja sa ovim problemom, s obzirom da se radi o nekontrolabilnom stresoru (Roth & Cohen, 1986),

potvrđena je pozitivna povezanost izbegavajućih strategija sa stresom izazvanim neplodnošću i negativna sa bračnom funkcionalnošću. Dobijeni nalazi u skladu su sa prethodnim studijama koje ukazuju na veću zastupljenost stresa izazvanog neplodnošću kod ispitanica koje su sklone korišćenju strategija iz seta izbegavajućih (Kraaij et al., 2008), kao i na višu percepciju bračnog distresa, što autori objašnjavaju time da ukoliko jedan partner dominantno koristi izbegavajuće strategije, drugi će imati tendenciju da ih koristi u jednakoj meri (Lykeridou et al., 2011; Peterson et al., 2006). Ohrabrujući rezultat ovog istraživanja odnosi se na činjenicu da su, nasuprot prethodno dobijanim rezultatima koji ukazuju na to da su upravo pasivne izbegavajuće strategije one koje su najčešće korišćene među ženama koje se suočavaju sa neplodnošću (Aflakseir & Zarei, 2013; Yilmaz & Oskay, 2016), strategije iz seta izbegavajućih upadljivo najniže korišćene strategije na ispitanom uzorku. Ipak, ovde je potrebno naglasiti da su najzastupljenije strategije suočavanja na ispitanom uzorku iz domena praktičnog menadžmenta, za koje je takođe dobijeno da su pozitivno povezane sa procenom stresa izazvanog neplodnošću. Nadalje, posmatrajući povezanost strategija prevladavanja i bračne funkcionalnosti dobijeno je da što ispitanice više koriste strategije usmerene na druge ciljeve, to je percipirana bračna funkcionalnost viša. Dobijeni rezultat u skladu je sa rezultatima Petersona i saradnika koji ukazuju na to da što su parovi više usmereni na druge životne ciljeve i vrednosti definišu odvojeno od roditeljstva imaju više benefita po partnerski odnos od ove krize, od onih koji dominantno koriste neke druge strategije suočavanja (Peterson et al., 2011). Nadalje, strategije iz domena praktičnog menadžmenta ne ostvaruju značajnu povezanost sa bračnom funkcionalnošću, dok sa stresom izazvanim neplodnošću ostvaruju značajnu pozitivnu povezanost, što je u suprotnosti sa očekivanjem na osnovu istraživanja sprovedenih na stranim uzorcima, ali u skladu sa rezultatom dobijenim u istraživanju sprovedenom na ispitanicama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti u Srbiji (Milovanović, 2018). Dobijeni rezultat u skladu je sa onim na šta neki od autora iz ove oblasti upozoravaju. Naime, kako se radi o stresu koji je nekontrolabilan korišćenje strategija usmerenih na rešavanje problema, pre svega informisanja i planiranja, ne dovodi nužno do rešenja problema. Činjenica da tretman ne obezbeđuje zagarantovano ostvarivanje u roditeljskoj ulozi (naprotiv, stope uspešnosti su značajno manje od stoprocentnih) potencijalno dovodi do negativnih efekata ove strategije i povišenog stresa (Verhaak et al., 2005). Takođe, pored informisanja i planiranja, strategija koja spada u ovaj skup jeste traženje podrške, za koje je takođe pokazano da ne mora nužno i da rezultira dobijanjem podrške koju očekuju (Ridenour et al., 2009).

Pozitivna razmena. Posmatrajući relacione faktore Modela rezilijentnosti na

neplodnost i njihovu povezanost sa stresom i bračnom funkcionalnošću, dobijaju se očekivani rezultati. Naime, što ispitanice procenjuju zastupljenijom pozitivnu razmenu u odnosu, to je percepcija bračne funkcionalnosti viša. Navedeni nalaz u skladu je sa prethodnim istraživanjima koja ukazuju na značaj komunikacije za bračnu prilagođenost (Van der Merwe, 2010). Pored navedenog, pozitivna razmena u komunikaciji ostvaruje negativnu povezanost sa stresom izazvanim neplodnošću, dakle, što je stres više zastupljen, percipirana pozitivna razmena je niža i obrnuto. Ovaj rezultat u suprotnosti je sa konceptom bračnog benefita, koji se spominje u kontekstu neplodnosti, a odnosi se na mogućnost zbližavanja partnera i bolju komunikaciju među njima usled iskustva suočavanja sa ovom krizom (Schmidt et al., 2005). Rezultati u radu prikazanog istraživanja u skladu su sa onima koji ističu da što je stres izazvan neplodnošću veći, to je komunikacija među partnerima slabije zastupljena (Newton et al., 1999; Van der Merwe, 2010; Van der Merwe & Greeff, 2015), a potencijalno objašnjenje može se tražiti u činjenici da do momenta saznavanja za problem neplodnosti parovi uglavnom nisu dugo zajedno (budući da se većina parova relativno rano u braku odluči na roditeljstvo), te da nisu imali prilike da nauče veštine komunikacije. Usled izostanka potrebnih veština moguće je da stresno iskustvo, kakvo neplodnost svakako jeste, dovodi do toga da komunikacija među njima bude lošija (Eunpu, 1995). Ipak, tumačeći navedene rezultate treba biti oprezan, budući da su u prethodno sprovedenim istraživanjima korišćeni različiti instrumenti za merenje komunikacije, te da je u ovom istraživanju korišćen instrument usmeren specifično na pozitivnu razmenu među partnerima i do sada nije poznato da je korišćen u kontekstu parova koji se suočavaju sa ovim stresorom.

Zajedništvo pri donošenju odluka. Kao i u slučaju pozitivne razmene, i zajedništvo je negativno povezano sa stresom izazvanim neplodnošću, a pozitivno sa percipiranom bračnom funkcionalnošću. Koncept zajedništva do sada je najviše istraživan u domenu odluke o započinjanju tretmana, a rezultati ove studije u skladu su sa ranije dobijanim u kojima žene koje sebe doživljavaju samim u procesu donošenja odluke, tj. zajedništvo percipiraju manje zastupljenim navode veći stepen bračnog i seksualnog nezadovoljstva (Pepe & Byrne, 1991). Kao i u ovoj studiji i u onim ranije sprovedenim dobijano je da uključenost muškarca dovodi do povećanja pozitivne percepcije odnosa od strane njihovih partnerki (Daniluk, 2001), dok izostanak uključenosti ili nedovoljna uključenost partnera ostvaruje negativne efekte na bračno funkcionisanje, te čini da odnosima dominira hostilnost (Jenkins, 2019). Dobijeni rezultati su ohrabrujući i u skladu su sa rezultatima studija sprovedenih na stranim uzorcima koji ukazuju na visoko zajedništvo među partnerima, te posmatranje i razumevanje neplodnosti kao

zajedničkog, dijadnog problema (Phillips et al., 2014).

MEDIJATORSKA ULOGA FAKTORA MODELA REZILIJENTNOSTI NA NEPLODNOST U ODNOSU IZMEĐU STRESA IZAZVANOG NEPLODNOŠĆU I BRAČNE FUNKCIONALNOSTI

Glavno istraživačko pitanje odnosilo se na to koji od faktora Modela rezilijentnosti na neplodnost ostvaruju medijacionu ulogu u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću, sa jedne, i bračne funkcionalnosti, kao pokazatelja rezilijentnosti, sa druge strane. Dakle, uključivši u model sve spoljašnje, individualne i relacione faktore zajedno, autora je zanimalo koji od njih imaju ulogu u objašnjenju povezanosti prediktorske i kriterijumske varijable. Dobijeni rezultati delimično potvrđuju hipoteze od kojih je autor krenuo.

Naime, iako se očekivalo da socijalna i podrška od strane medicinskog osoblja ostvaruju značajnu ulogu u odnosu između stresa i bračne funkcionalnosti (Seidmahmood et al., 2011), bez obzira na značajnu povezanost među varijablama, one ne ostvaruju značajnu medijatorsku ulogu. Odnos između navedene dve varijable ne može se objasniti percipiranom podrškom od osoba iz okruženja i medicinskog osoblja. Takođe, posmatrajući strategije prevladavanja kao individualne faktore Modela rezilijentnosti na neplodnost, samo strategije usmerene na druge ciljeve ostvaruju značajnu medijatorsku ulogu. Ovaj rezultat delom je iznenađujući jer, iako se za strategije usmerene na praktični menadžment nije moglo sa jasnoćom predvideti kakvi rezultati se očekuju, s obzirom da su oni prethodno dobijani kontradiktorni (Peterson et al., 2006; Verhaak et al., 2005), polazna hipoteza je bila da strategije iz seta izbegavajućih imaju značajnu ulogu u ovom odnosu i to tako da što je stres izazvan neplodnošću veći, ispitanice više koriste strategije iz ovog seta i lošije procenjuju bračnu funkcionalnost (Lykeridou et al., 2011). Izostanak značajnosti može se povezati sa rezultatima ranije sprovedenih istraživanja u kojima su se izbegavajuće strategije pokazale značajnim medijatorom samo kada se ispituje psihološka vulnerabilnost i distres, kao negativan pokazatelj mentalnog zdravlja, dok na rezilijentnost, kao pozitivan indikator, ne ostvaruje značajan efekat (Driscoll et al., 2016). S obzirom na to da je u ovom istraživanju zavisna varijabla bila bračna funkcionalnost kao pokazatelj rezilijentnosti, moguće da zbog toga nisu dobijeni značajni rezultati.

Posmatrajući Model rezilijentnosti na neplodnost dobijeno je da oba ispitivana

relaciona faktora ostvaruju značajnu ulogu u objašnjenju veze između nezavisne i zavisne varijable, i to tako da je niži stres izazvan neplodnošću povezan za višom percipiranom pozitivnom razmenom i zajedništvom u odnosu, koji su dalje povezani sa boljom bračnom funkcionalnošću. Dobijeni nalaz u skladu je sa onima koji ukazuju na značajnost komunikacije u odnosu između stresa i bračne funkcionalnosti (Van der Merwe & Greeff, 2015). Naime, objašnjenje koje nude ovi autori jeste da zapravo visok nivo stresa izazvanog neplodnošću može biti povezan sa lošijom komunikacijom među partnerima, što može dovesti do toga da ispitanice bračnu funkcionalnost procenjuju lošijom usled nesporazuma nastalih zbog lošije komunikacije. Sa druge strane, ukoliko je stres izazvan neplodnošću niži u odnosu među partnerima je prisutnija pozitivna razmena, što čini da ispitanice svoj brak procenjuju boljim (Onat & Beji, 2012). Na osnovu rezultata istraživanja koji predstavljaju potvrdu onih dobijenih u inostranstvu ističe se značaj pozitivne razmene u komunikaciji kao protektivnog faktora koji partnerima omogućava da i tokom ovog stresnog iskustva ostanu povezani i da imaju osećaj da se sa problemom suočavaju zajedno, te da odnosom ne dominira isključivo negativnost i problem (Bedard, 2019). Kada ovo uspeju, ispitanice svoj brak doživljavaju funkcionalnijim, a izostaje i doživljaj neplodnosti kao iskustva koje nužno dovodi do negativnog efekta na partnersko funkcionisanje. Pored pozitivne razmene, zajedništvo pri donošenju odluka takođe se pokazalo značajnim medijatorom, što je u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja (Bodenmann, 2005; Donato et al., 2009), što potvrđuje i njegovu protektivnu ulogu i značajnost postojanja istog kod parova koji se suočavaju sa ovom krizom. Naime, što je stres izazvan neplodnošću niži, ispitanice zajedništvo u odnosu procenjuju zastupljenijim, a kada imaju utisak da nisu same i da je partner jednako (ili po njihovoj proceni dovoljno) uključen u proces suočavanja sklonije su da svoj brak percipiraju pozitivnije.

Osim relacionih faktora Modela, značajnim medijatorom pokazao se jedan od individualnih i to strategije prevladavanja koje se odnose na druge ciljeve. Rezultati ukazuju da što je stres izazvan neplodnošću niži, ispitanice su sklonije korišćenju ovih strategija, te spremnije da svoje odnose ocene pozitivnije, što potvrđuje prethodno navođenu značajnost usmerenosti na druge ciljeve prilikom suočavanja sa neplodnošću (Peterson et al., 2006). Uzimajući u obzir da u ovu grupu strategija spadaju prihvatanje, pozitivna reinterpretacija, traženje podrške partnera, kompenzacija i ulaganje u sebe, očekivano je da ispitanice koje stres procenjuju visokim imaju manje kapaciteta za primenu bilo koje od njih, dok su one sa nižim generalnim stresom izazvanim neplodnošću otvorenije primenjivanju istih. Samim tim, prihvatanjem, fokusom na neke druge aspekte života, ali i traženjem podrške partnera (te

verovatno, posledično, i dobijanjem) ispitanice su sklonije da se fokusiraju i na pozitivne aspekte partnerskog odnosa i posmatraju ga u boljem svetlu. Dakle, pored pozitivne razmene i zajedništva, u prikazanom istraživanju dokazana je i protektivna uloga strategija iz ove grupe, te istaknuta značajnost rada na razvijanju istih kod žena koje se suočavaju sa problemom neplodnosti.

Na kraju, ono što je vrlo važno imati u vidu kada se radi o tumačenju rezultata u radu prikazanog istraživanja jeste činjenica da se radi o transferzalnom istraživanju u kom su sve merene varijable merene u istoj vremenskoj tački, te da bi, za sticanje uvida u to šta čemu prethodi i koje varijable ostvaruju efekat na koje zapravo trebalo sprovesti studiju longitudinalnog dizajna i u okviru nje ispitati medijacionu ulogu faktora Modela rezilijentnosti na neplodnost. Ipak, s obzirom na relativno skoro pojavljivanje istraživanja iz ove oblasti u našoj zemlji, kao i na izostanak sveobuhvatnih istraživanja, jedno ovakvo istraživanje, koje obuhvata faktore iz svih domena suočavanja i demografske varijable od značaja, u svakom slučaju predstavlja veliki napredak i doprinos istraživačkoj oblasti psiholoških aspekata neplodnosti u Srbiji. Takođe, s obzirom na težinu dolaska do uzorka, odnosno pojedinaca i parova koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, važno je istaći da svako istraživanje pomaže razumevanju ovog procesa i predstavlja veliki naučni doprinos i smernicu za implementaciju saznanja u medicinskoj i psihološkoj praksi, kako bi se ovim parovima pružila što adekvatnija i obuhvatnija podrška.

PRAKTIČNE IMPLIKACIJE ISTRAŽIVANJA

Kada se govori o neplodnosti, već dugo prisutna tema odnosi se upravo na zanemarivanje njenih psiholoških aspekata, te nedovoljnu zastupljenost psihološke podrške tokom medicinskog tretmana (Matthews & Matthews, 1986). Kao što je slučaj i u svim drugim oblastima medicine, tako i u tretmanu neplodnosti nešto što za par predstavlja jedinstveno iskustvo (npr. prve konsultacije sa lekarom), za lekare predstavlja radni zadatak koji svakodnevno obavljaju po više puta, što neretko dovodi do zanemarivanja iskustva koje ovi parovi proživljavaju, te dalje do izostanka adekvatne emocionalne podrške (Pepe & Byrne, 1991). U radu prikazano istraživanje predstavlja prvu empirijsku proveru Modela rezilijentnosti na neplodnost. Pored njegovog teorijskog doprinosa, veliki doprinos rada ogleda

se u brojnim praktičnim implikacijama, koje mogu predstavljati osnov za pružanje emotivne/psihološke podrške koju ovi parovi smatraju značajnom i adekvatnom, što čini još jedan korak ka isticanju značaja ovog segmenta suočavanja, te njegovom izjednačavanju sa medicinskim tretmanom. Jer, davno je neplodnost prestala da bude isključivo medicinski problem, ako je ikad i bila (Omu & Omu, 2010).

Naime, glavni nalaz istraživanja odnosi se na postojanje medijatorske uloge pozitivne razmene u odnosu, zajedništva pri donošenju odluka i strategija suočavanja usmerenih na druge ciljeve. Stres izazvan neplodnošću negativno je povezan sa bračnom funkcionalnošću, što znači da žene koje ovaj stres percipiraju većim percipiraju svoj odnos manje funkcionalnim. Ipak, osnovno pitanje ovog istraživanja odnosilo se zapravo na to koji faktori i kako oblikuju ovu povezanost, odnosno imaju protektivnu ulogu u tom odnosu. Rezultati ukazuju na to da je stres izazvan neplodnošću negativno povezan sa strategijama suočavanja usmerenim na druge ciljeve, pozitivnom razmenom i zajedništvom u odnosu, a navedene varijable dalje pozitivno povezane sa bračnom funkcionalnošću. Naime, što je stres izazvan neplodnošću niži, ispitanice percipiraju zastupljenijim pozitivnu razmenu i zajedništvo i više koriste strategije usmerene na druge ciljeve, što doprinosi tome da percipirana bračna funkcionalnost bude viša. Navedeno ukazuje na to da koliko bi parovi radili na jačanju komunikacijskih veština i primeni strategija usmerenih na druge ciljeve, stres izazvan neplodnošću ne bi nužno dovodio do lošije bračne funkcionalnosti.

Šta ovaj podatak konkretno znači za praktičare koji rade sa ovim pojedincima i parovima? Dobijeni podatak predstavlja smernicu praktičarima da tokom susreta koje imaju sa parovima rade na jačanju njihovog partnerskog odnosa, razvijanju veština jasne, direktne i otvorene komunikacije, ali i veština aktivnog slušanja i razumevanja, neophodnih za proces zajedničkog donošenja odluke (Pash & Christensen, 2000). Nadalje, tokom ovih susreta bilo bi značajno ukazivati na važnost prisustva pozitivne komunikacije i generalno razmene među partnerima (Daniluk, 2001). Rezultati sprovedenog istraživanja u skladu su sa onima koji ukazuju na to da parovi koji se suočavaju sa neplodnošću koji dele emocije, razumeju partnerova osećanja, pokazuju ljubav i bodre partnera tokom različitih faza tretmana procenjuju svoj odnos boljim (Onat & Beji, 2012), i govore u prilog kontinuiranom radu na razvijanju neophodnih komunikacijskih veština kod oba člana para.

Kako neplodnost predstavlja negativno životno iskustvo koje zahteva česte razgovore o neprijatnim temama, te samim tim prisustvo negativnih emocija, bitno je postojanje pozitivne

razmene kako bi partneri zapravo imali i interakcije u kojima uživaju i kako partnera ne bi vezivali samo za negativne emocije koje proživljavaju tokom procesa suočavanja sa neplodnošću (Higgins, 1990). Takođe, važno je negovanje zajedništva generalno i uključenosti oba partnera u čitav proces suočavanja, kao i postojanje konsenzusa od samog početka i donošenja odluke o započinjanju tretmana, u svakoj njegovoj tački, do momenta eventualne odluke o prestanku tretmana (Ying & Loke, 2016). Ovaj podatak značajan je ne samo za psihologe i psihoterapeute koji ovim parovima pružaju psihološku podršku u procesu suočavanja, već i za lekare i celokupno medicinsko osoblje sa kojima se parovi susreću tokom tretmana. Savetovanje bi bilo korisno u domenu edukacije parova o efektima stresa na odnos, kao i prepoznavanju različitih potreba i učenju kako da jedno drugom budu adekvatna podrška. Ponekad se dešava da se svako od članova para povuče i na razne načine pokušava da pomogne sam sebi (Williams et al., 1992), što je zapravo u suprotnosti sa smernicama na osnovu sprovedenog istraživanja, čiji rezultati jasno ističu benefite zajedništva. Upravo zbog navedenog posebna značajnost ogleda se u uključivanju muškaraca u proces savetovanja (koji se na osnovu podataka dobijenih u prethodnim istraživanjima ponekad osećaju izolovano) i pristupanju problemu neplodnosti kao nekoj vrsti „zadatka“ čijem procesu rešavanja pristupaju kao tim (Alesi, 2005). Ukoliko odemo korak dalje, bez obzira na ishod procesa suočavanja, bračna funkcionalnost, odnosno kvalitet bračnog odnosa predstavlja stub porodičnog funkcionisanja (Greeff, 2000), te je stoga dodatno važno razvijati veštine koje ostvaruju pozitivne efekte na bračno funkcionisanje.

Pored navedenih relacionih faktora značajnim medijatorom izdvajaju se i strategije prevladavanja usmerene na druge ciljeve, u koje spadaju prihvatanje, pozitivna reinterpretacija, traženje podrške partnera, kompenzacija i ulaganje u sebe. Dobijeni nalaz predstavlja važnu smernicu za praktičare koji rade individualno sa ženama i govori o značaju rada na razvijanju navedenih strategija. Navedeno zapravo nije nimalo jednostavno i praktičare najčešće čeka dug put, budući da se neretko dešava da žene ne mogu da se odvoje od iskustva neplodnosti i usmerenost na druge ciljeve vide kao neku vrstu neposvećenosti problemu i odustajanja od borbe (Verhaak et al., 2005). Osnovna smernica ogleda se u promeni perspektive i posmatranja problema, fokusiranja na pozitivne aspekte procesa suočavanja, kao i isticanju značajnosti ulaganja u sebe, budući da je i za proces suočavanja pre svega važno da se osećaju dobro kako fizički, tako i mentalno (Higgins, 1990). Poseban izazov za praktičare ogleda se upravo u ovom pomeranju fokusa i to posebno kod obrazovanih ispitanica koje su sklonije usmerenošću na rešavanje problema, planiranju tretmana i informisanju (Peterson et al., 2011). Takođe, jedna

od osnovnih tema u radu trebalo bi da se ogleda u učenju veština za mobilisanje podrške partnera, što neretko predstavlja značajnu temu tokom savetodavnog i psihoterapijskog rada kako pojedinaca, tako i parova koji se suočavaju sa ovim problemom (Alesi, 2005). Rad na strategijama prevladavanja dodatno dobija na značaju ukoliko u obzir uzmemo i podatak da je način sa kojim se jedan partner suočava sa neplodnošću povezan sa tim kako će reagovati i drugi (Peterson, Sejbaek, Pirritano & Schmidt, 2014), kao i sa nivoom distresa kod partnera (Peterson, Pirritano, Christensen & Schmidt, 2008).

Nadalje, iako se nisu izdvojile kao značajni medijatori, i socijalna i medicinska podrška ostvaruju značajne korelacije sa bračnom funkcionalnošću - što je zastupljenija podrška, percipirana bračna funkcionalnost je veća. U skladu sa tim, još jedna od smernica odnosi se na rad sa pojedincima i parovima na značaju podrške, kao i razvijanju tehnika za mobilizaciju podrške koju smatraju adekvatnom, pomažućom u nošenju sa krizom, kako od strane okoline, tako i od strane medicinskog osoblja sa kojim su u kontaktu tokom tretmana. S obzirom na to da se istraživači slažu da efekti socijalne podrške mogu biti i pozitivni i negativni (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988), kao i da je pokazano da ljudi iz okruženja ponekad veruju da pružaju adekvatnu podršku, a parovi koji se suočavaju sa problemom neplodnosti to percipiraju neadekvatnom podrškom i doživljavaju kao neku vrstu kritike (Abbey, Andrews & Halman, 1995), prvi korak u radu sa parovima kada se radi o ovoj temi predstavlja identifikovanje ponašanja koje oni smatraju adekvatnom podrškom, a zatim sledi rad na razvijanju veština traženja iste. Kada je reč o socijalnoj podršci, rezultati istraživanja ukazuju na to da bi poseban akcenat trebalo staviti na grupu žena koje se nalaze u srednjoj grupi, odnosno koje se sa ovim problemom suočavaju između dve i pet godina, budući da se pokazalo da one podršku percipiraju značajno manje zastupljenom od ostale dve.

Prethodno pobrojane teme jesu upravo one koje čine sastavni deo Programa za podršku parovima koji se suočavaju sa sterilitetom 3PS, opisanog u odeljku *Uvod* (Jestrović i sar., 2018), što predstavlja neki vid podstreka za rad na njegovoj masovnijoj primeni i većoj dostupnosti svim parovima koji osećaju potrebu za psihološkom podrškom. Pored toga što podrazumeva rad na svim segmentima koji su se pokazali značajnim u očuvanju bračne funkcionalnosti, kao pokazatelja rezilijentnosti u ovom istraživanju, jedan od osnovnih benefita ogleda se upravo u mogućnosti da kroz čitav proces podrške prolaze zajedno sa parovima koji se suočavaju sa istim problemom, što im nudi iskustvo normalizacije, sa jedne strane, ali i mogućnost saznavanja novih načina suočavanja od nekoga ko prolazi kroz isto i kod koga su se ti načini pokazali efikasnim (Higgins, 1990). Naravno, kako bi se pružila još adekvatnija

podrška neophodna su dodatna istraživanja čiji rezultati bi pružili mogućnost dodatnog unapređivanja navedenog ili kreiranja drugih programa i načina podrške parovima ili pojedincima koji se suočavaju sa ovim problemom. Iako većina psiholoških intervencija, bez obzira na njihovu formu, ostvaruje pozitivne efekte na bračne odnose (Luk & Loke, 2016), rezultati studija sprovedenih u inostranstvu ukazuju na značaj rada sa parom kao dijatom za ostvarivanje pozitivnog efekta na žene koje se suočavaju sa neplodnošću (Chan et al., 2012; Cousineau et al., 2008). Navedeno donekle potvrđuju i rezultati prikazanog istraživanja, budući da se najznačajnijim izdvajaju zajedništvo i pozitivna razmena među partnerima, koji se svakako bolje „vežbaju“ ukoliko par zajedno dolazi na savetovanje ili psihoterapiju, nego u slučaju dolaska pojedinca, što u dosta češćem broju slučajeva budu žene. Ipak, kao što je već navedeno, sve forme psihološke podrške ostvaruju pozitivne efekte na bračno funkcionisanje (Luk & Loke, 2016), tako da ne bi trebalo zanemariti ni doprinos individualnog rada na suočavanju sa neplodnošću.

Na samom kraju, ali ne i najmanje važno, rezultati sprovedenog istraživanja ukazuju i na značaj rada na razvijanju veština medicinskog osoblja za pružanje psihološke, emotivne podrške parovima u procesu tretmana, te skretanju pažnje na značaj ne samo uspešnosti tretmana, već i ovog segmenta koji je za pacijente neretko i značajniji od same stručnosti u sprovođenju tretmana. Kako je u *Uvodu* navedeno, zadatak psihologa ili drugih praktičara iz oblasti mentalnog zdravlja zapravo bi bio pomeranje sa isključivog fokusa na rad sa pojedincima i parovima koji se suočavaju sa ovim problemom, što bi svakako trebalo da ostane dominantna oblast njihovog rada, te posvećivanje pažnje i edukaciji stručnjaka koji se u svom svakodnevnom radu susreću sa ovim parovima o značajnosti psiholoških aspekata neplodnosti te učenju veština asertivne komunikacije i pružanja adekvatne podrške (Domar, 2015). Postojanjem ovakvih edukacija ne samo da će se poboljšati kapaciteti za pružanje emotivne podrške lekara i celokupnog medicinskog osoblja, već će oni biti opremljeniji da prepoznaju koji su parovi sa potencijalno visokim rizikom u oblasti mentalnog zdravlja pojedinaca ili njihovog bračnog funkcionisanja, te će moći da ih na vreme upute na stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja (Maillet, 2002). Upravo navedeno predstavlja ideal koordinisanosti brige tokom tretmana neplodnosti i pružanja adekvatne emotivne podrške parovima u svakoj vremenskoj tački, što se u prethodno sprovedenim istraživanjima izdvojilo kao jedna od zamerki koji ovi parovi navode, odnosno nešto što im u velikoj meri otežava čitav proces suočavanja (Redshaw et al., 2007).

Primer implementacije rezultata istraživanja u praksi jeste priručnik koji je izdala

ESHRE sa nazivom Rutinska psihosocijalna briga tokom lečenja neplodnosti i medicinski asistirane reprodukcije – vodič za medicinsko osoblje (*Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff*; ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015). Kako samo ime kaže, priručnik je namenjen medicinskom osoblju koje se svakodnevno susreće sa parovima i pruža im naučno zasnovane informacije o kognitivnim, bihevioralnim, emotivnim i socijalnim potrebama pacijenata, kako bi se osnovni nivo psihosocijalne brige pružio svim parovima koji se obrate za započinjanje tretmana. U okviru priručnika nalaze se i informacije o tome kako da prepoznaju parove sa povećanim rizikom, te ih upute na psihologe i druge stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja na savetovanje ili psihoterapiju. Ovakav model u skladu je sa principima biopsihosocijalnog pristupa i na pacijenta orijentisanog pristupa (*Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures*; Paparella, 2016), kao i rezultatima istraživanja koji ukazuju na to da rutinska psihosocijalna briga o pacijentima može redukovati percipirani stres (Pook & Crause, 2005). S obzirom da je ovaj priručnik dostupan na internetu može biti korišćen od strane svih medicinskih radnika zaposlenih u klinikama za vantelesnu oplodnju širom sveta, pa samim tim i kod nas. Ipak, za pružanje još specifičnije podrške, prilagođenije kulturi, kao jednom od bitnih faktora u procesu suočavanja sa ovim problemom, korisno bi bilo na osnovu istraživanja sprovedenih u našoj zemlji napraviti neki sličan priručnik. Naravno, da bi se to ostvarilo, najpre je potrebno sprovođenje dodatnih istraživanja. Na osnovu rezultata istraživanja pretpostavlja se da bi ovakav vid unapređenja brige, zajedno sa edukacijama koje bi mogle biti organizovane za stručnjake, ostvario pozitivne efekte u vidu sniženog stresa izazvanog neplodnošću i veće bračne funkcionalnosti među parovima koji se nalaze u tretmanu.

Takođe, dobijeni rezultati govore i o važnosti informisanja šire zajednice o problemu neplodnosti i pružanju korisnih informacija o tome kako da se ophode prema nekome ko ima ovaj problem i budu što adekvatnija podrška. Roditelji i šira porodica ljudi koji se suočavaju sa neplodnošću često govore o postojanju osećanja bespomoćnosti i povišenom distresu, što ih takođe čini vulnerabilnom grupom, kojoj je potrebna psihološka podrška. Kako je navedeno, osnova rada sa ovim ljudima bila bi zapravo edukacija o načinu pružanja podrške tokom procesa suočavanja, dok se i sami suočavaju sa osećajem razočaranja i potencijalnog gubitka prilike da se ostvare u ulozi babe i dede, tetke, ujaka itd (Alesi, 2005). Nisu pronađeni podaci koji ukazuju na to koliko ovi ljudi zaista koriste psihološku podršku i posvećuju pažnju svojim osećanjima povodom izostanka ostvarivanja u željenim ulogama, a koliko to pak drže po strani

i pažnju usmeravaju na decu. Rezultati ove studije ukazuju na značaj podrške i članovima porodice, budući da, da bi bili dobra podrška svojoj deci, braći, sestrama, ne samo da moraju da nauče kako, nego i moraju da prorade svoje negativne emocije i nauče kako da se nose sa njima.

SMERNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje prikazano u ovom radu imalo je za cilj proveru Modela rezilijentnosti na neplodnost, pre svega kreiranog sa ciljem pomoći praktičarima koji se svakodnevno susreću sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. Autor je, sa ciljem provere Modela uključio relevantne varijable kako bi se stekao uvid u povezanost istih, što čini veliki naučni doprinos ovog istraživanja temi psiholoških aspekata neplodnosti, koja se tek poslednjih godina istražuje u našoj zemlji. Ipak, i pored nesumnjivog doprinosa jednog ovako obuhvatnog istraživanja, prikazano ima određene nedostatke, koje ujedno predstavljaju i smernice za naredna istraživanja:

- 1) **Uključivanje muškaraca u istraživanje.** Naime, jedan bitan faktor Modela u njegovom izvornom obliku odnosi se na uzajamnost percepcija, što ukazuje na značaj ispitivanja oba partnera. U skladu sa tim, prva i osnovna smernica (ujedno i osnovni nedostatak ovog istraživanja) odnosi se na uključivanje muškaraca u istraživanje, kako bi se stekao uvid, ne samo u to kako čitav proces izgleda kod njih, već i u povezanost percepcija partnera.
- 2) **Drugi pokazatelji rezilijentnosti.** Nadalje, autor je za odrednicu rezilijentnosti u ovom istraživanju izabrao bračnu funkcionalnost. U narednim istraživanjima bilo bi zanimljivo ispitati neke druge pokazatelje rezilijentnosti i kako spoljašnji, individualni i relacioni faktori Modela oblikuju njihovu percepciju od strane partnera.
- 3) **Instrument namenjen merenju socijalne podrške specifično u kontekstu neplodnosti.** Faktori Modela rezilijentnosti na neplodnost u sprovedenom istraživanju uglavnom su mereni instrumentima koji su namenjeni specifično populaciji koja se suočava sa problemom neplodnosti, što se može posmatrati kao prednost prikazanog istraživanja (Coyne & Gottlieb, 1996; Newton et al., 1999). U

tom smislu, ostaje pitanje da li bi dobijeni rezultati bili drugačiji da je i spoljašnji faktor koji se odnosi na socijalnu podršku meren instrumentom koji se specifično odnosi na percepciju ljudi koji se suočavaju sa ovim problemom, namesto opšte priznate Multidimenzionalne skale za merenje socijalne podrške, korišćene na različitim uzorcima. Još jedno od polja za naredna istraživanja svakako se odnosi i na kreiranje jedne ovakve skale i proveravanje njenih metrijskih karakteristika na našem uzorku, kao i ispitivanje povezanosti podrške sa drugim varijablama kada je ista merena specifičnim instrumentom.

- 4) **Uzorak istraživanja.** Jedna od smernica iz prethodnih istraživanja (Milovanović, 2018) primenjena je u ovom istraživanju – naime, u uzorak su uključene žene koje se suočavaju sa neplodnošću sa teritorije cele Srbije. Ipak, bez obzira na navedeno, kao i na metod prikupljanja podataka koji pruža mogućnost dolaska do većeg broja ispitanica sa različitim područja, uvidom u opis uzorka stiče se utisak o tome da on nije reprezentativan – najveći broj ispitanica iz uzorka živi u velikom gradu, visoko je obrazovano i ima prosečna ili iznadprosečna primanja. U skladu sa tim, smernica za naredna istraživanja odnosi se na uključivanje ujednačenijeg uzorka. Ipak, postavlja se pitanje *da li opisani uzorak zapravo jeste reprezentativan za grupu koju je autor želeo da uključi u prikazano istraživanje?* Naime, jedan od uslova za učešće u istraživanju odnosio se na to da su ispitanice pristupile tretmanu neplodnosti. S obzirom da podaci iz inostranstva (ne postoje podaci koji se odnose na našu zemlju) ukazuju na to da se svega polovina ovih ljudi obrati za stručnu pomoć i potraži tretman (Stephen & Chandra, 2000), postoji mogućnost da to zapravo i jesu ljudi koji žive u većim gradovima i ostvaruju veće prihode, odnosno imaju demografske profile koji odgovaraju profilima ispitanica obuhvaćenih ovim istraživanjem (Daniluk & Tench, 2007). Žene sa ruralnijih područja sa ovim problemom se suočavaju na drugačije načine od onih koje žive u urbanijim mestima, što se može objasniti kulturološkim razlikama (Kielman, 1998). Neretko je, kada se radi o ženama iz manjih mesta, sramota govoriti o tome i potražiti stručnu podršku, pa se dešava da, po savetu starijih ili rodbine, ove žene provedu godine idući kod raznih „travara“ u nadi da će pronaći rešenje. Upravo ove godine ponekad mogu biti ključne za tretman i adekvatnu medicinsku podršku. Na osnovu svega navedenog, pravi i najveći zadatak za istraživače iz ove oblasti jeste informisanje populacije i timski rad sa stručnjacima na podizanju svesti o značaju medicinske podrške, te

pristup parovima koji se ne odluče na tretman i ispitivanje varijabli od značaja na ovom uzorku. Svi podaci koje imamo se, zapravo, tiču isključivo onih koji su doneli odluku o tretmanu (Greil et al., 2010), što, ne zaboravimo, čini otprilike oko polovine parova koji se suočavaju sa ovim problemom (Stephen & Chandra, 2000). Nadalje, treba biti obazriv kada se radi o reprezentativnosti uzorka i izvođenju zaključaka – moguće da su žene koje su pristale da učestvuju u istraživanju upravo one sa nižim nivoom stresa i manje narušenim kapacitetima za nošenje sa problemom, dok su one kod kojih je stres visoko zastupljen odbile da učestvuju u istraživanju, kako bi izbegle dodatno izlaganje negativnim emocijama (Van Der Merve & Greef, 2015). U prilog ovome potencijalno može govoriti i podatak da se od više od 300 ispitanica koje su učestvovala u prikazanom istraživanju nijedna nije obratila za psihološku podršku nakon istraživanja, iako im je ista bila ponuđena.

- 5) **Sprovođenje longitudinalne studije.** S obzirom da se radi o transferzalnom istraživanju, domet dobijenih odgovora jeste sticanje uvida u razlike među ispitanicama iz 3 ispitanice grupe. Bez obzira na to što navedeno predstavlja veliki doprinos nauci i dosadašnjim nalazima, činjenica je da određena pitanja i dalje ostaju bez odgovora. Jedna od ključnih smernica za naredna istraživanja svakako se odnosi na sprovođenje longitudinalne studije, kako bi se stekao uvid u povezanosti, ali i pratila promena u ispitivanim procesima tokom suočavanja sa neplodnošću kod istih parova. U prikazanom istraživanju nije uzeto u obzir u kojoj fazi tretmana se ispitanica nalazi, već samo koliko dugo se suočava sa problemom. Značajni podaci mogli bi se dobiti sprovođenjem studije sa ponovljenim merenjima pre i nakon tretmana vantelesne oplodnje. Naravno, u skladu i sa preporukama drugih istraživača (Maillet, 2002), idealno bi bilo sprovesti longitudinalnu studiju koja uključuje parove nakon saznavanja o dijagnozi neplodnosti i prati ih kroz čitav proces suočavanja, te dobiti informacije o tome kako se bračna funkcionalnost ovih parova menja i u kojim momentima joj koji faktori na koji način doprinose. Posmatrajući neplodnost kao specifičan stresor, s obzirom na to da predstavlja veliki životni (ne)događaj i kao takav veliki stresor, sa jedne strane, ali i skup brojnih „sitnih“, svakodnevnih stresora koji se prolongiraju (Benyamini et al., 2008), sa druge, u nekim od ranije sprovedenih studija autori navode mogućnost beneficija od različitih strategija prevladavanja u različitim segmentima suočavanja – pa čak i na mogućnost postojanja pozitivnog efekta izbegavajućih strategija, s obzirom na

izostanak kontrolabilnosti (Roth & Cohen, 1986). Sprovedenjem longitudinalne studije stekao bi se uvid u to u kojoj fazi su koje strategije dominantnije, ali i kako/kada se menjaju. Nadalje, osim uvida u proces suočavanja, mogao bi se dobiti i odgovor na pitanje kada bi koja psihološka intervencija bila najkorisnija kojim parovima.

Oblast psiholoških aspekata neplodnosti je relativno nova i kao takva ostavlja puno prostora za radoznalost i kreativnost istraživača zainteresovanih za ovu temu. Drago mi je ukoliko je prikazano istraživanje i ostalima, kao i meni, otvorilo neka nova pitanja i dalo nove ideje.

ZAVRŠNA RAZMATRANJA

U radu prikazano istraživanje sprovedeno je sa ciljem ispitivanja faktora koji imaju protektivnu ulogu u odnosu između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti, kao pokazatelja rezilijentnosti, kod ispitanica sa teritorije Srbije koje su trenutno u nekoj od faza tretmana neplodnosti. Kao takvo, predstavlja prvo istraživanje koje obuhvata faktore koji dolaze iz različitih izvora (spoljašnje, individualne i relacione) i ispituje njihovu ulogu u očuvanju bračne funkcionalnosti, kao jednog od najbitnijih elemenata porodičnog života (Greeff, 2000), ali i konstrukta koji ima protektivnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja žena koje se suočavaju sa neplodnošću (Zurlo et al., 2018). Značajnost dobijenih nalaza ogleda se u teorijskom doprinosu (prikazani Model prvi put je empirijski proveren), ali i mogućnošću njihove višestruke primene u praksi i generalno implementaciji na nivou državnog funkcionisanja kada se radi o problemu neplodnosti. Upravo navedeno posebno je značajno ukoliko se uzme u obzir broj parova koji se suočavaju sa ovim problemom, statistike koje ukazuju na to da on u različitim zemljama raste iz godine u godinu (Hardy & Makuch, 2002), kao i činjenica da je Srbija zemlja u kojoj je zastupljen fenomen *bele kuge*, što navodi na neophodnost razmišljanja o ovom problemu prilikom formiranja populacionih politika, dakle na višim instancama upravljanja državom (Bilinović, 2016). Iako je finansiranjem neograničenog broja postupaka vantelesne oplodnje za parove u kojima žene imaju do 43 godine starosti (aktuelno od 2020. godine) država pokazala da pridaje značaj ovom problemu, u domenu psihološke podrške ima još puno prostora za delovanje.

Ispitujući povezanost stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti dobija se značajna negativna korelacija, pri čemu žene koje percipiraju višim stres izazvan neplodnošću svoje brakove vide manje funkcionalnim. Nadalje, u istraživanju dobijeni nalazi ukazuju na povezanost svih ispitanih faktora, osim strategija koje se odnose na praktični menadžment, sa bračnom funkcionalnošću, kao i povezanost svih faktora sa stresom izazvanim neplodnošću, što govori u prilog značaju rada na njima. Naime, što ispitanice percipiraju podršku od strane medicinskog osoblja i socijalnu podršku, pozitivnu razmenu i zajedništvo većim, te što više koriste strategije usmerene na druge ciljeve, a manje izbegavajuće strategije, stres izazvan neplodnošću je manji, a percipirana bračna funkcionalnost veća. Takođe, što više koriste strategije usmerene na praktični menadžment, to stres izazvan neplodnošću percipiraju većim. Razlike na merenim varijablama u zavisnosti od dužine suočavanja dobijene su samo u proceni socijalne podrške, a dobijeni rezultati u skladu su sa hipotezama od kojih je autor krenuo i ukazuju na to da ispitanice koje se najkraće suočavaju sa problemom neplodnosti socijalnu podršku percipiraju najzastupljenijom, ispitanice iz druge grupe najmanje zastupljenom, dok

one koje se sa ovom krizom suočavaju više od pet godina ovu podršku vide nešto zastupljenijom. Još jedan od interesantnih rezultata dobijenih u prikazanom istraživanju odnosi se na izostanak razlike po svim ispitivanim varijablama između ispitanica koje su nekad ostvarile trudnoću koju nisu iznele do kraja i onih koje nikada nisu ostvarile začecje.

Za razliku od prethodno sprovedenih istraživanja u kojima je ispitivana povezanost stresa i bračne funkcionalnosti, ovo istraživanje sprovedeno je sa ciljem razumevanja te povezanosti, odnosno faktora koji stoje u osnovi iste. U skladu sa tim, glavni nalaz prikazanog istraživanja ukazuje da značajnu ulogu u povezanosti između stresa izazvanog neplodnošću i bračne funkcionalnosti imaju relacioni faktori (i pozitivna razmena i zajedništvo) i strategije prevladavanja usmerene na druge ciljeve. *Šta nam ovaj nalaz konkretno govori?* Naime, ukoliko uzmemo skupa sve pobrojane faktore, značajni i dalje ostaju samo ova tri, što predstavlja ključnu smernicu kada se radi o pružanju psihološke podrške i ukazuje na značaj rada sa oba partnera istovremeno, ali i na jačanju strategija suočavanja koje podrazumevaju prihvatanje i pozitivnu reinterpetaciju, ulaganje u sebe, ali i traženje podrške partnera, odnosno rad na razvijanju veština za njeno mobilisanje. Dobijeni nalazi ističu značaj posmatranja neplodnosti kao dijadnog problema, koje je, reklo bi se na osnovu rezultata, prisutno među parovima u našoj zemlji. U prilog tome govori i da ispitanice percipiraju sniženu socijalnu podršku od prijatelja i porodice nakon prve faze suočavanja, dok je podrška partnera jednako zastupljena u svim grupama i predstavlja najviše zastupljenu podršku od svih merenih resursa. Ovi rezultati ohrabrujući su budući da, bez obzira na činjenicu da je naše društvo ipak u većoj meri tradicionalno, a da je u ovakvim društvima neplodnost dominantno posmatrana kao „*ženin problem*“ bez obzira na to ko je nosilac dijagnoze (Earle & Letherby, 2007), neplodnost je ipak od strane onih koji se sa njom suočavaju percipirana kao dijadni problem. Ipak, treba biti obazriv kada se radi o izvođenju ovakvih zaključaka. Posmatrajući uzorak istraživanja uviđa se da se radi o ispitanicama koje generalno podršku procenjuju visoko zastupljenom, posebno od strane partnera, kao i pozitivnu razmenu i zajedništvo u odnosu. Takođe, stres u domenu partnerskog odnosa je najniže procenjen od svih aspekata stresa izazvanog neplodnošću, a generalna bračna funkcionalnost i svi njeni domeni visoko percipirani. Jedno od potencijalnih objašnjenja ovakvih rezultata, a posebno visokih skorova na relacionim faktorima jeste da zapravo parovi koji imaju dobar i kvalitetan odnos, koji su jedno drugom podrška i zajedno su u procesu suočavanja i koji otvoreno razgovaraju, jesu parovi koji se odluče na ulazak u tretman neplodnosti koji podrazumeva asistiranje reproduktivne tehnologije. Pored toga, strana istraživanja pokazuju da su problemi u komunikaciji, kod muškaraca, i veća učestalost

konflikata, kod žena, upravo jedan od razloga zašto parovi odustaju od tretmana (Vassard et al., 2012). Dakle, moguće je da su parovi čiji su odnosi narušeni parovi koji su odustali ili nisu ni pristupili tretmanu, te se samim tim ne nalaze u ovom uzorku. Naravno, kako je i prethodno navedeno, još jedna od opcija jeste da ispitanice koje stres percipiraju višim, a svoje odnose lošijim nisu pristale da učestvuju u ovom istraživanju, kako se ne bi dodatno izlagale stresu (Van Der Merve & Greef, 2015). Za sam kraj, kao i u slučaju svakog drugog istraživanja baziranog na samoproceni, postoji mogućnost da su ispitanice imale tendenciju da „ulepšavaju“ svoje procene.

Još jedno interesantno pitanje je svakako ono koje se postavlja na osnovu izostanka značajnosti ostalih faktora, odnosno pre svega medicinske podrške i podrške okruženja, a to je da li su ovi parovi zaista „*sami*“ i šta je dovelo do toga da nauče da se sami suočavaju sa problemom i ne oslanjaju se toliko na podršku zajednice, bliskih ljudi i lekara, i ne pridaju mu na značaju? Ono što je važno naglasiti jeste da ukoliko bi kao pokazatelj rezilijentnosti bio uzet neki konstrukt iz oblasti mentalnog zdravlja, npr. kvalitet života, umesto bračne funkcionalnosti, dobijeni rezultati bi mogli ukazivati na medijacionu ulogu ostalih merenih varijabli. Deo objašnjenja dobijenih nalaza svakako se nalazi u izboru izlazne varijable koja se odnosi na bračno funkcionisanje, te su najviše korelacije i dobijene značajne povezanosti sa relacionim faktorima Modela očekivane. Ipak, ne smemo zanemariti ni činjenicu da rezultati istraživanja takođe ukazuju i na povezanost ovih resursa podrške sa bračnom funkcionalnošću, i to tako da što je ona zastupljenija, ispitanice odnos percipiraju funkcionalnijim. Upravo navedeno govori o značaju ulaganja u ove resurse i bavljenju problemom neplodnosti na globalnom nivou. Ukoliko bi se više ulagalo u ove resurse i sistematičnije radilo na njihovoj dostupnosti svakom paru koji se suočava sa ovom krizom, moguće da bi isti bili prepoznati kao značajniji za proces suočavanja od strane parova. Na taj način, umesto potencijalno prisutnog negativnog kruga u kome žene koje se suočavaju sa neplodnošću ne pridaju toliko značaj podršci od strane bliskih ljudi i medicinskog osoblja, podrška nije prisutna i što podrška više nije prisutna, one joj više ne pridaju značaj i oslanjaju se na ono što im je potrebno i dostupno, mogao bi se formirati pozitivan obrazac u kome što je više podrške prisutno, to je žene percipiraju značajnijom, a što je percipiraju značajnijom, ovi resursi im nude više podrške.

Opisani obrazac zapravo vrlo podseća na onaj koji je prisutan kada se radi i o psihološkoj podršci ovim parovima. Koliko god se o njoj u poslednje vreme govorilo u kontekstu neplodnosti i koliko god da je ona u poslednje vreme prisutna i dalje se stiče dominantan utisak „skrajnutosti“ u odnosu na medicinske aspekte procesa suočavanja sa ovom

krizom. Posmatrajući iz sistemskog okvira, potencijalno rešenje ove naizgled bezizlazne situacije ogleda se upravo u promeni obrasca cirkularnosti – ukoliko bi ova podrška bila prisutnija, parovi bi imali šansu da uvide da je ona korisna, a što bi je parovi percipirali značajnijom stručnjaci koji se bave psihološkim aspektima neplodnosti bi bili motivisaniji da budu uključeni u čitav proces i parovima pružaju potrebnu podršku jer ne bi imali utisak manje vrednosti u odnosu na medicinske konsultacije i sve druge medicinske aspekte tretmana. Upravo opisano, naravno, nije promena koja je izvodljiva u kratkom roku, ali je važno imati na umu navedeno i kretati se u pravcu izlaska iz začaranog kruga nezadovoljstva – parova percipiranom podrškom, a stručnjaka značajem koji parovi pridaju njihovom radu u ovoj oblasti.

REFERENCE

- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, L. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15(2), 295-316. doi: 10.1111/j.1471-6402.1991.tb00798.x
- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples?. *Journal of personality and social psychology*, 68(3), 455. doi: 10.1037/0022-3514.68.3.455
- Abraham, A. D. (2019). *Perceptions of social support in infertility* (Doctoral dissertation). Chestnut Hill College, Philadelphia.
- Adamson, G. D., Tabangin, M., Macaluso, M., & de Mouzon, J. (2013). The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies (ART). *Fertility and Sterility*, 100(3), S42. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.07.1807
- Aflakseir A., & Zarei, M. (2013). Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202-206.
- Akyuz, A., & Sever, N. (2009). Reasons for infertile couples to discontinue in vitro fertilisation (IVF) treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 258-268. doi: 10.1080/02646830802409652
- Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment: an emotional roller coaster. *Australian Family Physician*, 34(3), 135-138.
- Allen, R. E. S., & Wiles, J. L. (2013). How older people position their late-life childlessness: A qualitative study. *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 206-220. doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.01019.x
- Amini, L., Ghorbani, B., & Afshar, B. (2020). The Comparison of Infertility Stress and Perceived Social Support in Infertile Women and Spouses of Infertile Men. *Iran Journal of Nursing*, 32(122), 74-85. doi: 10.29252/ijn.32.122.80
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353-355. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00398-7

- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 238-253. doi: 10.2307/2136806
- Aničić, M. (2007). Bračna neplodnost i njezine mogućnosti. *Bogoslovska smotra*, 77(1), 181-216.
- Asazawa, K. (2015). Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 354-366. doi: 10.1111/jjns.12074
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Becker, G., Castrillo, M., Jackson, R., & Nachtigall, R. D. (2006). Infertility among low-income Latinos. *Fertility and Sterility*, 85(4), 882–887. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.09.052
- Bedard, C. (2019). *Religious Couples' Share Meanings of Infertility: A Phenomenological Inquiry* (Doctoral dissertation). Texas Tech University, Texas.
- Bents, H. (1991). Behavioral couple therapy for patients with infertility. *Jahrb Med Psychol*, 5, 144-155.
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23(2), 221-241. doi: 10.1080/14768320601154706
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 11-26. doi: 10.1007/BF00844765
- Berg Brigham, K., Cadier, B., & Chevreul, K. (2013). The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Human Reproduction*, 28(3), 666-675. doi: 10.1093/humrep/des418
- Berger, R., Paul, M. S., & Henshaw, L. A. (2013). Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54-68.
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2), 433. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.433

- Bernt, H., Bernt, W. D., & Tacke, S. (1992). Sterility--a woman's concern? Coping behavior and partnership structure of sterile couples of various diagnostic groups. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42(7), 236-241.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F. M., Schroeder-Printzen, I., ... & Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31(1), 27-35. doi: 10.1111/j.1439-0272.1999.tb02839.x
- Bilinović, A. (2016). *Uticaj asistirane reprodukcije na redefinisane socioloških pojmova porodice i roditeljstva* (Doktorska disertacija). Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet.
- Bjelica, A. (2017). Comparison of in vitro fertilization policy in Serbia and other European countries. *Timočki medicinski glasnik*, 42(4), 236-244.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-49). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11031-002
- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 485-493. doi:10.1037/0893-3200.20.3.485
- Bodur, N. E., Çoşar, B., & Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 38(1), 51-62.
- Boivin, J. (1997). Is there too much emphasis on psychosocial counseling for infertile patients?. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4), 184-186. doi: 10.1007/BF02766106
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325-2341. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00138-2
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility.

Fertility and Sterility, 104(2), 251-259. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.035

- Boivin, J., & Kentenich, H. (2002). *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE Monographs. London: Oxford University Press.
- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14(5), 1384-1391. doi: 10.1093/humrep/14.5.1384
- Boivin, J., & Takefman, J. E. (1996). Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction*, 11(4), 903-907. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a019276
- Boivin, J., Takefman, J. E., Tulandi, T., & Brender, W. (1995). Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertility and Sterility*, 63(4), 801-807. doi: 10.1016/S0015-0282(16)57485-8
- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 218-223. doi: 10.2307/352716
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 964-965. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Brandes, M., Van Der Steen, J. O. M., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., De Bruin, J. P., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135. doi: 10.1093/humrep/dep340
- Brandt, K. H., & Zech, H. (1991). Effects of short-term psychotherapy on the success of an in vitro fertilization/embryo transfer program. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 141(1-2), 17-19.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Burnett, J. A., & Panchal, K. (2008). Incorporating ideological context in counseling couples experiencing infertility. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and*

Development, 47(2), 187-199. doi: 10.1002/j.2161-1939.2008.tb00057.x

Burns, L. H. (2005). Psychological changes in infertility patients. In A. Rosen & J. Rosen (Eds), *Frozen Dreams: Psychodynamic Dimensions of Infertility and Assisted Reproduction* (pp. 3-29). New York: Routledge.

Burns, L. H., & Covington, S. N. (1999). Psychology of Infertility. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds), *Infertility Counselling* (pp. 3-25). New York: The Parthenon Publishing Group, Pearle River.

Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1-19). New York: The Cambridge University Press.

Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391-400. doi: 10.1023/A:1005109522457

Casterline, J. B. (1989). Collecting data on pregnancy loss: a review of evidence from the World Fertility Survey. *Studies in Family planning*, 20(2), 81-95. doi: 10.2307/1966462

Chan, C. H., Chan, C. L., Ng, E. H., Ho, P. C., Chan, T. H., Lee, G. L., & Hui, W. H. C. (2012). Incorporating spirituality in psychosocial group intervention for women undergoing in vitro fertilization: a prospective randomized controlled study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 356-373. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02040.x

Chan, C.H. Y., Ng, E.H. Y., Chan, C.L. W., Ho, P. C., & Chan, T.H. Y. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2), 339–346. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310

Chang, S. N., & Mu, P. F. (2008). Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for ovarian hyperstimulation syndrome during infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 531-538. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01801.x

Chehreh, R., Ozgoli, G., Abolmaali, K., Nasiri, M., & Mazaheri, E. (2019). Comparison of the infertility-related stress among couples and its relationship with infertility factors. *Int J Women's Health Reprod Sci*, 7(3), 313-8. doi: 10.15296/ijwhr.2019.52

- Chochovski, J., Moss, S. A., & Charman, D. P. (2013). Recovery after unsuccessful in vitro fertilization: the complex role of resilience and marital relationships. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 122-128. doi: 10.3109/0167482X.2013.829034
- Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E., Seibring, A., Showstack, M. T., Applegarth, L., ... & Perloe, M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23(3), 554-566. doi: 10.1093/humrep/dem306
- Cousineau, T. M., Lord, S. E., Seibring, A. R., Corsini, E. A., Viders, J. C., & Lakhani, S. R. (2004). A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertility and Sterility*, 81(3), 532-538. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.08.021
- Coyne, J. C., & Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of personality*, 64(4), 959-991. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00950.x
- Daly, K. J., & Kerry, J. (1999). Crisis of Genealogy: Facing the Challenges of Infertility. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. Futrell (Eds), *Dynamics of Resilient Families* (pp. 1-40). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467-487. doi: 10.1093/humupd/dmq004
- Dancet, E. A. F., Van Empel, I. W. H., Rober, P., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827-833. doi: 10.1093/humrep/der022
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling and Development*, 79(4), 439-449. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x
- Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 89-100. doi: 10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x
- Dattalo, P. (2014). A demonstration of canonical correlation analysis with orthogonal rotation

to facilitate interpretation. Unpublished manuscript, School of Social Work, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.

Deveraux, L.L., & Hammerman, A.J. (1998). *Infertility and Identity*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

Dierickx, S., Balen, J., Longman, C., Rahbari, L., Clarke, E., Jarju, B., & Coene, G. (2019). 'We are always desperate and will try anything to conceive': The convoluted and dynamic process of health seeking among women with infertility in the West Coast Region of The Gambia. *PloS One*, *14*(1), e0211634. doi: 10.1371/journal.pone.0211634

Dhaliwal, L. K., Gupta, K. R., Gopalan, S., & Kulhara, P. (2004). Psychological aspects of infertility due to various causes--prospective study. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, *49*(1), 44-48.

Domar, A. D. (2015). Creating a collaborative model of mental health counseling for the future. *Fertility and Sterility*, *104*(2), 277-280. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.026

Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, *73*(4), 805-811. doi: 10.1016/S0015-0282(99)00493-8

Domar, A. D., Penzias, A., Dusek, J. A., Magna, A., Merarim, D., Nielsen, B., & Paul, D. (2005). The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, *3*(2), 45-51. doi: 10.1016/j.sram.2005.09.007

Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, *94*(4), 1457-1459. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.06.020

Donarelli, Z., Gullo, S., Lo Coco, G., Marino, A., Scaglione, P., Volpes, A., & Allegra, A. (2015). Assessing infertility-related stress: the factor structure of the Fertility Problem Inventory in Italian couples undergoing infertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *36*(2), 58-65. doi: 10.3109/0167482X.2015.1034268

Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human*

Reproduction, 27(11), 3215-3225. doi: 10.1093/humrep/des307

- Donato, S., Iafrate, R., Barni, D., & Bertoni, A. (2009). Measuring dyadic coping: The factorial structure of Bodenmann's "Dyadic Coping Questionnaire" in an Italian sample. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 16(1), 25-47.
- Donchin, A. (1996). Feminist critiques of new fertility technologies: Implications for social policy. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21(5), 475-498. doi: 10.1093/jmp/21.5.475
- Driscoll, M. A., Davis, M. C., Aiken, L. S., Yeung, E. W., Sterling, E. W., Vanderhoof, V., ... & Nelson, L. M. (2016). Psychosocial vulnerability, resilience resources, and coping with infertility: a longitudinal model of adjustment to primary ovarian insufficiency. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(2), 272-284. doi: 10.1007/s12160-015-9750-z
- D'Souza Vinitha, N. J., & Shobha, K. (2015). Psychosocial wellbeing and coping strategies of infertile women seeking infertility treatment. *Journal of Infertility and Reproductive Biology*, 3, 176-80.
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J., & van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20(7), 1938-1943. doi: 10.1093/humrep/deh845
- Earle, S., & Letherby, G. (2007). Conceiving time? Women who do or do not conceive. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 233-250. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00546.x
- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (1986). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 59(3), 209-219. doi: 10.1111/j.2044-8341.1986.tb02686.x
- Edelmann, R., Humphrey, M., & Owens, D. (1994). The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 67(3), 291-299. doi: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01797.x
- Erdem, K., & Apay, S. E. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(3), 303-314.
- Eunpu, D. L. (1995). The impact of infertility and treatment guidelines for couples therapy.

The American Journal of Family Therapy, 23(2), 115-128. doi: 10.1080/01926189508251343

European Society of Human Reproduction and Embryology: <https://www.eshre.eu>

Edwards, J. N. (1991). New conceptions: Biosocial innovations and the family. *Journal of Marriage and the Family*, 53(2), 349-360. doi: 10.2307/352904

Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Hajian-Tilaki, K., & Salmalian, H. (2014). A survey of correlation infertility self-efficacy with behavioral health scales in infertile women. *Health*, 6(10), 943-949. doi: 10.4236/health.2014.610119

Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. W., Braat, D. M., Brewaeys, A. A., Dolfing, J. G., & ... Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 18(7), 1536-1543. doi: 10.1093/humrep/deg276

Fisher, J., & Hammarberg, K. (2020). Infertility, New Reproductive Technologies, and Women's Mental Health. *Mental Health and Illness of Women*, 127-145. doi: 10.1007/978-981-10-2369-9_16

Franco, J. G., Baruffi, R. L. R., Mauri, A. L., Petersen, C. G., Felipe, V., & Garbellini, E. (2002). Psychological evaluation test after the use of assisted reproduction techniques. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19(6), 274-278. doi: 10.1023/A:1016566313172

Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgaard, N., Zachariae, R., & Ingerslev, H. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), 1-19. doi: 10.5061/dryad.kv50v.

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ... & Wischmann, T. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485. doi: 10.1093/humrep/dev177

García, D., Bautista, O., Venereo, L., Coll, O., Vassena, R., & Vernaeve, V. (2013). Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertility and Sterility*, 99(5), 1413-1418. doi:

10.1016/j.fertnstert.2012.12.012

- Garthwaite, K. (2015). Becoming incapacitated? Long-term sickness benefit recipients and the construction of stigma and identity narratives. *Sociology of Health and Illness*, 37(1), 1-13. doi: 10.1111/1467-9566.12168
- Gerrity, D. A. (2001). Five medical treatment stages of infertility: Implications for counselors. *The Family Journal*, 9(2), 140-150. doi: 10.1177/1066480701092008
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418. doi: 10.1080/02646830903190896
- Gonzalez, L. O. (2000). Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 619-633. doi: 10.1080/01612840050110317
- Gottman, J. M. (1982). Emotional responsiveness in marital conversations. *Journal of Communication*, 32(3), 108-120. doi: 10.1111/j.1460-2466.1982.tb02504.x
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, 24(6), 670-679. doi: 10.1016/j.rbmo.2012.03.002
- Greeff, A. P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of Family Issues*, 21(8), 948-962. doi: 10.1177/019251300021008001
- Greil, A. L. (1991). A secret stigma: The analogy between infertility and chronic illness and disability. *Advances in Medical Sociology*, 2(1), 17-38.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679-1704. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Griel, A. L., Thomas, A., Leitko, A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender*

- and Society*, 2(2), 172-199. doi: 10.1177/089124388002002004
- Grill, E. (2015). Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertility and Sterility*, 104(2), 271-276. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.027
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383. doi: 10.1093/humrep/16.2.374
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3), 279-295. doi: 10.1093/humupd/dmp002
- Hardy, E., & Makuch, M. Y. (2002). Gender, infertility and ART. In E. Vayena, Rowe P. J. & P. D. Griffin (Eds), *Current practices and controversies in Assisted Reproduction* (pp. 272-280). Geneva: World Health Organization.
- Harris, D. L., & Daniluk, J. C. (2010). The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 25(3), 714-720. doi: 10.1093/humrep/dep445
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(4), 409-420. doi: 10.22074/ijfs.2015.4181
- Hernon, M., Harris, C. P., Elstein, M., Russell, C. A., & Seif, M. W. (1995). Ethics and society: Review of the organized support network for infertility patients in licensed units in the UK. *Human Reproduction*, 10(4), 960-964. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a136070
- Hess, R. F., Ross, R., & Gililand Jr, J. L. (2018). Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: a mixed-methods study. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 60-72. doi: 10.29063/ajrh2018/v22i1.6
- Higgins, B. S. (1990). Couple infertility: From the perspective of the close-relationship model. *Family Relations*, 39(1), 81-86. doi: 10.2307/584953
- Hinton, L., Kurinczuk, J. J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 436-441. doi: 10.1016/j.pec.2010.09.023

- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 78(1), 42-49.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295-3302. doi: 10.1093/humrep/del288
- Hynie, M., & Burns, L. H. (2006). Cross-cultural issues in infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1-19). New York: The Cambridge University Press.
- Ismail, N. I. A. A., & Moussa, A. (2017). Coping strategies and quality of life among infertile women in Damanhour City. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), 31-45. doi: 10.9790/1959-0602083145
- Jenkins, E. (2019). *A qualitative content analysis of the perceptions of the meanings & experiences of infertile African American couples* (Doctoral dissertation). Denton, Texas Woman's University.
- Jensen, R. E. (2016). *Infertility: Tracing the History of a Transformative Term*. Pennsylvania, SAD: Penn State University Press.
- Jestrović, J., Branković, J., Šilić, V., & Mihić, I. (2018). Podrška parovima koji se suočavaju sa sterilitetom: 3PS program. U I. Mihić & M. Zotović, M. (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 144-163). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2018). Kakve su potrebe za psihološkom podrškom žena koje se suočavaju sa neplodnošću? U I. Mihić & M. Zotović (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 122-142). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020a). Zajedništvo pri donošenju odluka kod suočavanja sa neplodnošću – perspektiva žena. U M. Zotović & M. Oros (Ur.), *Zbornik radova „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“*(pp. 135-149). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020b). Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog

- osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću. *Psihološka istraživanja*, 23(2), 141-159.
- Jestrović, J., Mihić, I., & Radovanović, M. (2016). Tranzicija u roditeljstvo: razlike u kvalitetu braka parova koji su začeli prirodnim putem i onih koji su začeli vantelesnom oplodnjom. *Godišnjak za psihologiju*, 13(15), 55-69.
- Jestrović, J., Radovanović, M., & Mihić, I. (2018). Razumevanje adaptacije na neplodnost-razlike između žena iz opšte populacije i onih koje se suočavaju sa neplodnošću. Poster prezentacija na konferenciji “21. dani psihologije”, Zadar, 24-26. Maj 2018. Knjiga rezimea, strana 124.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Olof Janson, P., ... & Hellström, A. L. (2009). Quality of life for couples 4–5.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 88(3), 291-300. doi: 10.1080/00016340802705956
- Johnson, M. H., Franklin, S. B., Cottingham, M., & Hopwood, N. (2010). Why the Medical Research Council refused Robert Edwards and Patrick Steptoe support for research on human conception in 1971. *Human Reproduction*, 25(9), 2157-2174. doi: 10.1093/humrep/deq155
- Johnson, K. M., & Johnson, D. R. (2009). Partnered decisions? US couples and medical help-seeking for infertility. *Family Relations*, 58(4), 431-444. doi: 10.1111/j.1741-3729.2009.00564.x
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358. doi: 10.1023/A:1018774019232
- Kielman, K. (1998). Barren ground: contesting identities of infertile women in Pemba, Tanzania. In M. Lock & P. A. Kaufert (Eds), *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge (pp. 127-163). MA: Cambridge University Press.
- Kikendall, K. A. (1994). Self-discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Professional Psychology, Research and Practice*, 25(3), 214–220. doi: 10.1037/0735-7028.25.3.214
- Kirkman, M., & Hammarberg, K. (2014). Assisted reproductive technology. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 97-102. doi:

- Kjaer, T., Albieri, V., Jensen, A., Kjaer, S. K., Johansen, C., & Dalton, S. O. (2014). Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*(3), 269-276. doi: 10.1111/aogs.12317
- Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC Woman's Health*, *18*(1), 1-12. doi: 10.1186/s12905-018-0572-6
- Koert, E., & Daniluk, J. C. (2010). Sexual transitions in the lives of adult women. In T. W. Miller (Ed.), *Handbook of stressful transitions across the lifespan* (pp. 235-252). New York, NY: Springer.
- Kopitović, V., Bujas, M., Topalski-Fišteš, N., Pjević, M., Ilić, Đ., Kapamadžija, A., & Bujas, I. (2001). Clinical efficacy of goserelin (Zoladex) in the treatment of uterine myomas in infertile patients. *Medicinski pregled*, *54*(7-8), 339-346.
- Kopitović, V., Milatović, S., Trninić Pjević, A., Bjelica, A., Bujas, I., & Tabš, N. (2011). Rezultati i iskustva nakon hiljadu ciklusa vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. *Medicinski pregled*, *64*(11-12), 565-569. doi: 10.2298/MPNS1112565K
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(1), 9-16. doi: 10.1080/01674820701505889
- Kričković Pele, K., & Beker, K. (2014). Rodne i društvene kontroverze vantelesne oplodnje u Srbiji - diskriminacija žena koje nisu rađale. *Temida*, *17*(3), 49-68. doi: 10.2298/TEM1403049K
- Kričković Pele, K., & Zotović, M. (2016). Motivacija za materinstvom kod žena u postupku vantelesne oplodnje. *Teme-Časopis za Društvene Nauke*, *40*(2), 477-492.
- Kričković Pele, K., & Zotović Kostić, M. (2018). Nove reproduktivne tehnologije u Srbiji- ko su žene u nacionalnom programu vantelesne oplodnje? *Sociologija*, *60*(1), 96-111. doi: 10.2298/SOC1801096K
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing

- infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS One*, 13(6), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0200124
- Kurdek, L. A. (2005). Gender and marital satisfaction early in marriage: A growth curve approach. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 68-84. doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00006.x
- Lancaster, P., & de Mouzon, J. (2019). Global Committee Reproductive ART Surveillance: Monitoring Technologies Assisted The (ICMART) International. *Assisted Reproductive Technology Surveillance*, 101-115.
- Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use?. *Fertility and Sterility*, 83(4), 846-852. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.11.033
- Lee, Y. S., Choi, S. M., & Kwon, J. H. (2019). Psychosocial Predictors of Infertile Women's Distress. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*, 23(2), 136-146. doi: 10.21896/jksmch.2019.23.2.136
- Lee, T. Y., & Sun, G. H. (2000). Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Archives of Andrology*, 45(3), 143-148. doi: 10.1080/01485010050193913
- Leiblum, S. R. (1997). *Infertility psychological issues and counseling strategies*. New York: Wiley; 1 edition.
- Lemmens, G. M., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T., & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19(8), 1917-1923. doi: 10.1093/humrep/deh323
- Lok, I. H., Lee, D. T. S., Cheung, L. P., Chung, W. S., Lo, W. K., & Haines, C. J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53(4), 195-199. doi: 10.1159/000064560
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, 91(2), 387-394. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.052

- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2016). A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *42*(6), 515-533. doi: 10.1080/0092623X.2015.1074133
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(13-14), 1971-1980. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x
- Mabasa, L. F. (2002). Sociocultural aspects of infertility in a Black South African community. *Journal of Psychology in Africa*, *12*(1), 65-79.
- Maillet, M. H. (2002). *Infertility and marital adjustment: The influence of perception of social support, privacy preference and level of depression* (Doctoral dissertation). Louisiana State University, Louisiana.
- Malin, M., Hemminki, E., Räikkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M. L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*, *53*(1), 123-133. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00317-8
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, *26*(8), 2113-2121. doi: 10.1093/humrep/der157
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, *29*(1), 83-89. doi: 10.1093/humrep/det403
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*, *9*(12), e1001356. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356
- Mathur, A. (2018). *Role of Spouse/Partner in Fertility Preservation Decision Making by Young Women with Cancer* (Doctoral dissertation). Portland, Portland State University. doi: 10.15760/etd.6257
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S. I., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T. (2004).

- Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*, 26(5), 398-404. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.05.002
- Matthews, R., & Matthews, A.M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 641–9. doi: 10.2307/352050
- Mazure, C. M., Takefman, J. E., Milki, A. A., & Polan, M. L. (1992). Assisted reproductive technologies: II: psychologic implications for women and their partners. *Journal of Women's Health*, 1(4), 275-281. doi: 10.1089/jwh.1992.1.275
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7-37. doi: 10.1300/J002v06n01_02
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. (1992). Medical family therapy with couples facing infertility. *The American Journal of Family Therapy*, 20(2), 101–122. doi: 10.1080/01926189208250882
- McGrade, J. J., & Tolor, A. (1981). The reaction to infertility and the infertility investigation: A comparison of the responses of men and women. *Infertility*, 4(1), 7-27.
- Medved, A., & Keresteš, G. (2009). Usamljenost u ranoj adolescenciji: spolne i dobne razlike te povezanost sa socijalnim odnosima. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 20(2), 457-478. doi: 10.5559/di.20.2.09
- Meyers, M., Weinshel, M., Scharf, C., Kezur, D., Diamond, R., & Rait, D. S. (1995). An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Family Process*, 34(2), 231–240. doi: 10.1111/j.1545-5300.1995.00231.x
- Mihić, I., & Jestrović, J. (2016). Emocionalna klima u brakovima u Srbiji- razvojna perspektiva. *Teme*, 40(1), 381-403.
- Milovanović, J. (2018). *Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoefikasnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života* (Nepublikovana doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd.

- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitić, D., Kopitović, V., Popović, J., & Milatović, S. (1998). Rezultati programa vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Niš. *Redakcijski odbor*, 65(7-8), 315-318. doi: 10.2298/MPNS1208315M
- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the role of dyadic coping on the marital adjustment of couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Frontiers in Psychology*, 10, 415. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00415
- Montagnini, H. M. L., Blay, S. L., Novo, N. F., Freitas, V. D., & Cedenho, A. P. (2009). Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 475-481. doi: 10.1590/S0103-166X2009000400008
- Morrison, C., Bhattacharya, S., Hamilton, M., Templeton, A., & Smith, B. (2007). Initial management of infertility: an audit of pre-referral investigations and exploration of couples' views at the interface of primary and secondary care. *Human Fertility-Cambridge*, 10(1), 25-31. doi: 10.1080/14647270600939937
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 302-317. doi: 10.1111/bjhp.12169
- Naab, F., & Kwashie, A. A. (2018). 'I don't experience any insults, but my wife does': The concerns of men with infertility in Ghana. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(2), 45-48. doi: 10.7196/SAJOG.2018.v24i2.1278
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. doi: 10.1016/S0015-0282(99)00164-8
- Newton, T. L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Hostility and erosion of marital quality during early marriage. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 601-619. doi: 10.1007/BF01857898
- Novakov, M. (2010). Odnos prema neplodnosti i vanbračnom rađanju u srpskom selu.

Sociološki pregled, 44(2), 337-348.

- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongières, C., & Nisand, I. (2008). Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 37(1), 25-32. doi: 10.1016/j.gyobfe.2008.08.012
- Olayemi, F. O. (2010). A review on some causes of male infertility. *African Journal of Biotechnology*, 9(20), 2834-2842.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.029
- Olshansky, E. F. (1987). Identity of self as infertile: An example of theory-generating research. *Advances in Nursing Science*, 9(2), 54-63. doi: 10.1097/00012272-198701000-00009
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. doi: 10.1111/1467-6427.00144
- Omu, F. E., & Omu, A. E. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, 9(5), 1-10. doi: 10.1186/1472-6955-9-5
- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39-52. doi: 10.1007/s11195-011-9233-5
- Ozan, Y. D., & Duman, M. (2020). Effect of infertility causes related to gender differences on Women's distress levels among patients utilizing a Turkish university hospital. *Journal of Health Research*. doi: 10.1108/JHR-07-2019-0149
- Paparella, G. (2016). Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures. *Policy Briefing*.
- Pasch, L. A., & Christensen, A. (2000). Couples facing fertility problems. In K. B. Schmaling & T. G. Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, & practice* (pp. 241-267). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10360-009
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment.

Fertility and Sterility -International Edition-, 77(6).1241-1247. doi: 10.1016/S0015-0282(02)03097-2

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present and future directions. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(3), 219. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_41_18

Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 25(1), 133–141. doi: 10.1093/humrep/dep367

Peddie, V. L., van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20(7), 1944-1951. doi: 10.1093/humrep/deh857

Peoples, D., & Rovner-Ferguson, H. (2000). *Experiencing infertility*. New York: WW Norton & Company.

Pepe, M. V., & Byrne, T. J. (1991). Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*, 40(3), 303-309. doi: 10.2307/585016

Peterson, B. D. (2002). *Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression* (Doctoral dissertation). Blacksburg, Virginia Tech.

Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 29(3), 243-248. doi: 10.1007/s10815-011-9701-y

Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449. doi: 10.1093/humrep/del145

- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, *23*(5), 1128-1137. doi: 10.1093/humrep/den067
- Peterson, B. D., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, *95*(5), 1759-1765. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.125
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human Reproduction*, *29*(1), 76-82. doi: 10.1093/humrep/det412
- Phillips, E., Elander, J., & Montague, J. (2014). Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, *19*(4), 531-543. doi: 10.1177/1359105312474915
- Phipps, S. A. A. (1998). African-American couples' lived experience of infertility. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. O. Futrell (Eds.), *Resiliency in African-American families* (pp. 245-258). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pook, M., & Krause, W. (2005). Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, *83*(1), 68-73. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.06.053
- Pook, M., Röhrle, B., Tuschen-Caffier, B., & Krause, W. (2001). Why do infertile males use psychological couple counselling?. *Patient Education and Counseling*, *42*(3), 239-245. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00127-0
- Price, S. J., Price, C. A., & McKenry, P. C. (2010). *Families & change: Coping with stressful events and transitions (4th. ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Radovanović, M., & Jestrović, J. (2018). Motivacija za roditeljstvo: da li način začeća čini razliku. U I. Mihić & M. Zotović, M. (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 86-98). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Radovanović, M., Jestrović, J., & Mihić, I. (2018). The role of the method of conception in description of intensity and type of motivation for parenthood. *20th International Conference on Clinical and Health Psychology of Children and Adolescents*,

International Journal of Psychological and Behavioral Sciences, 12(3). World Academy of Science, Engineering and Technology.

- Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M., & Farahani, M. N. (2011). Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5(4), 103-110.
- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction*, 26(9), 2382-2391. doi: 10.1093/humrep/der207
- Read, S.C., Carrier, M.E., Boucher, M.E., Whitley, R., Bond, S., & Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: what do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390–395. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.025
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22(1), 295-304. doi: 10.1093/humrep/del344
- Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., ... & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491. doi: 10.1093/humrep/dem013
- Republički fond za zdravstveno osiguranje: <https://www.rfzo.rs>
- Republički zavod za statistiku: <http://webrzs.stat.gov.rs>
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: assessing individual, couple and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 34-51. doi: 10.1007/s10591-008-9077-z
- Ridder, D. D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12(3), 417-431. doi: 10.1080/08870449708406717
- Riviere, P. (1985). Unscrambling parenthood: the Warnock report. *Anthropology Today*, 1(4), 2-7. doi: 10.2307/3032682
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E. (2001). Infertility and new reproductive technologies.

Review of Psychiatry, 14, 1994-1997.

- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist, 41*(7), 813. doi: 10.1037/0003-066X.41.7.813
- Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. 2015. Preuzeto 20.03.2021. sa <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline>.
- Sabatelli, R. M. (1988). Measurement issues in marital research: a review and critique of contemporary survey instruments. *Journal of Marriage and the Family, 50*(4), 891-915. doi: 10.2307/352102
- Sabourin, S., Wright, J., Duchesne, C., & Belisle, S. (1991). Are consumers of modern fertility treatments satisfied?. *Fertility and Sterility, 56*(6), 1084-1090. doi: 10.1016/S0015-0282(16)54721-9
- Saleem, S., Qureshi, N. S., & Mahmood, Z. (2019). Attachment, perceived social support and mental health problems in women with primary infertility. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 8*(6), 2533-2540. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20192463
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction (Oxford, England), 20*(4), 1044-1052. doi: 10.1093/humrep/dei193
- Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J., & Andersen, A. N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling, 59*(3), 252-262. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.013
- Seidm Mahmoodi, J., Rahimi, C., & Mohamadi, N. (2011). Resiliency and religious orientation: factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. *Iranian Journal of Psychiatry, 6*(4), 145-150.
- Shaw, P., Johnston, M., & Shaw, R. (1988). Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 9*(3), 171-180. doi: 10.3109/01674828809016799
- Schenker, J. G. (2005). Assisted reproduction practice: religious perspectives. *Reproductive*

Biomedicine Online, 10(3), 310-319. doi: 10.1016/S1472-6483(10)61789-0

- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 12(1), 183-190. doi: doi.org/10.1093/humrep/12.1.183
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317. doi: 10.1093/humrep/dem115
- Smith, J. A., & Smith, A. H. (2004). Treating faith-based infertile couples using cognitive-behavioral counseling strategies: A preliminary investigation. *Counseling and Values*, 49(1), 48-63. doi: 10.1002/j.2161-007X.2004.tb00252.x
- Sol Olafsdottir, H., Wikland, M., & Moller, A. (2012). Nordic couples' decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 180-192. doi: 10.1080/02646838.2012.677021
- Souter, V. L., Penney, G., Hopton, J. L., & Templeton, A. A. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 13(7), 1831-1836. doi: 10.1093/humrep/13.7.1831
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. doi: 10.2307/350547
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Sneekens, A. E. M., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370. doi: 10.1017/S0033291796004382
- Stanton, A., Tennen, H., Affleck, G., & Mendola, R. (1991). Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women & Health*, 17(3), 1-15. doi: 10.1300/J013v17n03_01
- Stephen, E. H., & Chandra, A. (2000). Use of infertility services in the United States: 1995. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 132-137. doi: 10.2307/2648162
- Strauss, B. (Ed.). (2001). *Involuntary Childlessness: Psychological Assessment, Counseling, and Therapy*. Germany: Hogrefe Publishing.

- Sundby, J. (1997). Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient Education and Counseling*, 31(1), 29-37. doi: 10.1016/S0738-3991(97)01006-9
- Sundby, J., Olsen, A., & Schei, B. (1994). Quality of care for infertility patients. An evaluation of a plan for a hospital investigation. *Scandinavian journal of social medicine*, 22(2), 139-144. doi: 10.1177/140349489402200210
- Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organization): <https://www.who.int>
- Swift, B. E., & Liu, K. E. (2014). The effect of age, ethnicity, and level of education on fertility awareness and duration of infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(11), 990-996. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30412-6
- Sydsjo, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjo, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20(7), 1952-1957. doi: 10.1093/humrep/deh882
- Šakotić-Kurbalija, J., Trifunović, B., & Zotović, M. (2018). Značaj bračne neplodnosti za doživljaj kvaliteta bračnog odnosa i potencijal za razvod kod žena. U I. Mihić & M. Zotović (Ur.) , *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 49-68). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Šakotić-Kurbalija, J., Kurbalija, D., Jestrović, J., & Mihić, I. (2017). Efekti bračnog lokusa kontrole na percepciju kvaliteta bračnog odnosa kod žena. *Primenjena psihologija*, 10(1), 17-36. doi: 10.19090/pp.2017.1.17-36
- Taylor, A. (2003). ABC of subfertility: extent of the problem. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7412), 434-436. doi: 10.1136/bmj.327.7412.434
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *International Journal of Fertility & Sterility*, 3(2), 48-51.
- Throsby, K., & Gill, R. (2004). „It’s different for men“: masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6(4), 330-348. doi: 10.1177/1097184X03260958
- Trebješanin, Ž. (2000). *Predstava o detetu u srpskoj kulturi*. Beograd: Jugoslovenski centar za prava deteta.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69(6), 907-924. doi: 10.1111/1467-6494.696169

- Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W., & Pook, M. (1999). Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *68*(1), 15-21. doi: 10.1159/000012305
- Ulbrich, P. M., Coyle, A. T., & Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *16*(3), 147-158. doi: 10.1080/00926239008405261
- Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *68*(1), 58-64. doi: 10.1159/000214839
- Van der Merwe, E. (2010). *Infertility-related stress and specific aspects of the marital relationship* (Doctoral dissertation). University of Stellenbosch, Stellenbosch.
- Van der Merwe, E., & Greeff, A. P. (2015). Infertility-Related Stress within the Marital Relationship. *International Journal of Sexual Health*, *27*(4), 522-531. doi: 10.1080/19317611.2015.1067275
- Van Rooij, F. B., Van Balen, F., & Hermanns, J. M. A. (2006). Migrants and the meaning of parenthood: involuntary childless Turkish migrants in The Netherlands. *Human Reproduction*, *21*(7), 1832-1838. doi: 10.1093/humrep/del046
- Vassard, D., Lund, R., Pinborg, A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2012). The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human Reproduction*, *27*(12), 3502-3512. doi: 10.1093/humrep/des353
- Vedes, A., Nussbeck, F., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the Dyadic Coping Inventory in Portuguese. *Swiss Journal of Psychology*, *72*(3), 149-157. doi:10.1024/1421-0185/a000108
- Verhaak, C. M. (2003). *Emotional impact of unsuccessful infertility treatment in women* (Doctoral Dissertation). Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., & Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *22*(1), 305–308. doi: 10.1093/humrep/del355
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaijmaat, F. W.

- (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260. doi: 10.1093/humrep/dei015
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. doi: 10.1093/humrep/den154
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290-1297. doi: 10.3109/00016349.2010.512063
- Vuletić, S. (2010). Problem neplodnosti i moralni izazovi biomedicinskih zahvata u ljudsko rađanje. *Diacovensia: teološki prilozi*, 18(3), 587-616.
- Walen, H. R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), 5-30. doi: 10.1177/0265407500171001
- Wallach, E. E., & Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43(3), 335-346. doi: 10.1016/S0015-0282(16)48428-1
- Wallach, E., & Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313-319. doi: 10.1016/S0015-0282(16)45031-4
- Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process - California*, 35(3), 261-282. doi: 10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137. doi: 10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4), 792-798. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534

- Ware Jr, J. E., & Davis, A. R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 291-297. doi: 10.1016/0149-7189(83)90009-5
- Webb, R., & Daniluk, J. (1999). The End of the Line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. *Men and Masculinities*, 2(1), 6-25. doi: 10.1177/1097184X99002001002
- Welbourne, J. L., Blanchard, A. L., & Boughton, M. D. (2009). Supportive communication, sense of virtual community and health outcomes in online infertility groups. *Proceedings of the Fourth International Conference on Communities and Technologies*, 31-40. doi: 10.1145/1556460.1556466
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY: Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton.
- Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science and Medicine*, 40(1), 27-36.
- World Health Organization. (1997). The global burden of reproductive health. *Progress in Human Reproduction Research*, 42, 2-3.
- Williams, L., Bischoff, R., & Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14(4), 309-322. doi: 10.1007/BF00891868
- Williams, L., & Tappan, T. (1995). The utility of the Myers-Briggs perspective in couples counseling: A clinical framework. *American Journal of Family Therapy*, 23(4), 367-371. doi: 10.1080/01926189508251367
- Yilmaz, T., & Oskay, U. Y. (2016). The copenhagen multi-centre psychosocial infertility (COMPI) fertility problem stress and coping strategy scales: a psychometric validation study in turkish infertile couples. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 452.
- Yilmaz, T., & Oskay, U. Y. (2017). The Evaluation of Methods Used to Cope with Infertility Stress of Infertile Couples in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1595-1604.
- Ying, L., Chen, X., Wu, L. H., Shu, J., Wu, X., & Loke, A. Y. (2017). The Partnership and

- Coping Enhancement Programme for couples undergoing in vitro fertilization treatment: the development of a complex intervention in China. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(1), 99-108. doi: 10.1007/s10815-016-0817-y
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PloS One*, 10(10). doi: 10.1371/journal.pone.0139691
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(2), 167-179. doi: 10.1007/s10815-015-0638-4
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215(2), 401–405. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.032
- Zeren, F. (2016). *İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Master's thesis). ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3/4), 610–617. doi: 10.1080/00223891.1990.9674095
- Zotović, M., Petrović, J., & Mihić, I. (2018). Seksualne disfunkcije i afektivna vezanost kod žena sa problemom neplodnosti. U I. Mihić & M. Zotović (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 69-86). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Zotović, M., Trifunović, B., & Šakotić-Kurbalija, J. (2018). Stres, strategije suočavanja sa stresom i neplodnost kod žena. U I. Mihić & M. Zotović (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 31-47). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Zurlo, M. C., Della Volta, M. F. C., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and

psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility.
Quality of Life Research, 27(4), 945-954. doi: 10.1007%2Fs11136-017-1781-4

PRILOZI

Prilog 1: Razlike po merenim socio-demografskim varijablama

Tabela 19

Razlike na merenim varijablama u zavisnosti od mesta stanovanja (df = 3,305)

Varijabla	Mesto boravka	M	SD	F
Zajedništvo total	Selo	.11	.94	.306
	Manji grad	.00	.92	
	Veći grad	-.03	1.06	
Pozitivna razmena total	Selo	-.06	1.10	.927
	Manji grad	.11	1.03	
	Veći grad	-.05	.95	
Socijalna podrška porodica	Selo	-.04	1.08	1.064
	Manji grad	.12	.95	
	Veći grad	-.06	1.01	
Socijalna podrška prijatelji	Selo	.07	.98	.118
	Manji grad	-.02	1.03	
	Veći grad	.00	.99	
Socijalna podrška partner	Selo	.02	1.12	.028
	Manji grad	.01	1.01	
	Veći grad	-.01	.97	
Socijalna podrška total	Selo	-.01	1.10	.222
	Manji grad	.05	1.00	
	Veći grad	-.03	.98	
Medicinska podrška Total	Selo	.22	.99	3.538**
	Manji grad	.14	.87	
	Veći grad	-.14	1.06	
FPI socijalni	Selo	.11	1.09	.308
	Manji grad	.00	1.01	
	Veći grad	-.02	.97	

FPI seksualni	Selo	-.04	.92	
	Manji grad	.02	1.02	.064
	Veći grad	.00	1.01	
FPI partnerski	Selo	.01	.94	
	Manji grad	.11	1.01	1.078
	Veći grad	-.07	1.01	
FPI potreba za roditeljstvom	Selo	.25	1.09	
	Manji grad	.07	.98	2.493
	Veći grad	-.11	.98	
FPI neprihvatanje	Selo	.23	.99	
	Manji grad	.08	.93	2.229
	Veći grad	-.10	1.04	
FPI total	Selo	.14	1.07	
	Manji grad	.07	.98	1.013
	Veći grad	-.07	1.00	
DAS afektivno-seksualna usaglašenost	Selo	.11	.91	
	Manji grad	.04	.97	.545
	Veći grad	-.05	1.04	
DAS konsenzus	Selo	.03	.82	
	Manji grad	-.04	1.10	.105
	Veći grad	.01	.98	
DAS dijadno zadovoljstvo	Selo	.02	1.02	
	Manji grad	-.03	1.06	.077
	Veći grad	.01	.96	
DAS kohezija	Selo	.24	.83	
	Manji grad	-.06	1.07	1.463
	Veći grad	-.02	.99	
DAS total	Selo	.08	.88	
	Manji grad	-.06	1.08	.271
	Veći grad	.01	.99	
CIQ socijalno povlačenje	Selo	.14	.98	
	Manji grad	-.03	.95	.487
	Veći grad	-.02	1.03	

CIQ poricanje	Selo	.05	1.08	.056
	Manji grad	.00	.90	
	Veći grad	-.01	1.04	
CIQ samookrivljavanje	Selo	.14	1.09	.503
	Manji grad	.00	.95	
	Veći grad	-.03	1.01	
CIQ samozanemarivanje	Selo	.02	1.03	1.766
	Manji grad	-.15	.97	
	Veći grad	.08	1.00	
CIQ deljenje sa drugima	Selo	-.23	1.14	1.666
	Manji grad	.11	1.00	
	Veći grad	-.01	.96	
CIQ prihvatanje	Selo	.08	.99	.304
	Manji grad	.03	.94	
	Veći grad	-.04	1.04	
CIQ pozitivna reinterpetacija	Selo	.17	.92	1.464
	Manji grad	.07	.88	
	Veći grad	-.08	1.08	
CIQ traženje podrške partnera	Selo	.22	.88	2.074
	Manji grad	.07	1.03	
	Veći grad	-.10	1.00	
CIQ kompenzacija	Selo	-.03	1.09	.037
	Manji grad	-.01	1.03	
	Veći grad	.01	.97	
CIQ ulaganje u sebe	Selo	-.08	1.18	.825
	Manji grad	-.08	1.00	
	Veći grad	.07	.95	
CIQ traženje socijalne podrške	Selo	.11	1.02	1.955
	Manji grad	.13	.89	
	Veći grad	-.10	1.05	
CIQ planiranje i informisanje	Selo	-.01	.84	1.059
	Manji grad	.12	1.00	
	Veći grad	-.07	1.03	

CIQ spiritualno prevladavanje	Selo	.26	.97	5.318**
	Manji grad	.16	.96	
	Veći grad	-.17	1.01	
CIQ nadanje	Selo	.02	.99	2.229
	Manji grad	.16	.90	
	Veći grad	-.10	1.05	
CIQ izbegavajuće	Selo	.12	1.06	.401
	Manji grad	-.05	.94	
	Veći grad	.00	1.02	
CIQ praktični menadžment	Selo	.07	.95	2.203
	Manji grad	.15	.96	
	Veći grad	-.11	1.03	
CIQ drugi ciljevi	Selo	.09	1.01	.358
	Manji grad	.03	.98	
	Veći grad	-.04	1.01	

** $p < .01$

Tabela 20

Razlike na merenim varijablama u zavisnosti od toga ko je nosilac dijagnoze (df = 3,305)

Varijabla	Nosilac dijagnoze	M	SD	F
Zajedništvo	Žena	.13	.93	.921
	muškarac	-.01	.94	
	Oboje	-.05	1.00	
	nepoznato	-.10	1.09	
Pozitivna razmena	Žena	.12	.95	2.095
	muškarac	.07	.89	
	Oboje	-.24	1.11	
	nepoznato	-.02	.95	
Socijalna podrška total	Žena	.07	1.04	.374
	muškarac	.02	.90	
	Oboje	-.09	.92	
	nepoznato	-.01	1.09	
Socijalna podrška porodica	Žena	.08	1.01	.703
	muškarac	.04	.94	
	Oboje	-.14	1.03	

	nepoznato	.01	1.03	
	Žena	.08	.97	
Socijalna podrška prijatelji	muškarac	-.07	1.11	.316
	Oboje	-.02	.89	
	nepoznato	-.01	1.07	
	Žena	.06	1.05	
Socijalna podrška partner	muškarac	-.04	1.01	.158
	Oboje	-.03	.95	
	nepoznato	-.02	1.01	
	Žena	.10	.97	
Medicinska podrška	muškarac	-.02	1.07	.665
	Oboje	-.02	.96	
	nepoznato	-.11	.96	
	Žena	.15	.94	
FPI total	muškarac	-.02	.96	2.816*
	Oboje	.03	1.02	
	nepoznato	-.28	.93	
	Žena	.12	1.06	
FPI socijalni	muškarac	-.07	.80	1.694
	Oboje	.05	1.06	
	nepoznato	-.21	.98	
	Žena	.26	1.02	
FPI seksualni	muškarac	-.09	.92	3.679**
	Oboje	-.12	.97	
	nepoznato	-.19	1.01	
	Žena	.03	.96	
FPI partnerski	muškarac	.00	.99	1.226
	Oboje	.12	1.16	
	nepoznato	-.19	.87	
	Žena	.05	.96	
FPI potreba za roditeljstvom	muškarac	.10	1.07	2.426
	Oboje	.10	1.00	
	nepoznato	-.29	.97	
	Žena	.10	.92	
FPI neprihvatanje	muškarac	-.03	1.11	2.630*
	Oboje	.13	1.05	
	nepoznato	-.28	.92	
	Žena	.07	.91	
DAS total	muškarac	.00	.97	.545
	Oboje	-.11	1.04	
	nepoznato	.04	.93	
DAS afektivno-seksualna	Žena	.05	.96	.146
	muškarac	-.02	1.10	

usaglašenost	Oboje	-.04	.98	
	nepoznato	.02	.95	
	Žena	.10	.93	
DAS konsenzus	muškarac	-.01	1.04	.526
	Oboje	-.09	.98	
	nepoznato	-.01	1.08	
DAS dijadno zadovoljstvo	Žena	.02	.95	.644
	muškarac	.11	.99	
	Oboje	-.13	1.13	
DAS kohezija	nepoznato	.02	.95	.288
	Žena	.07	.97	
	muškarac	.01	.95	
CIQ izbegavajuće strategije	Oboje	-.08	1.11	3.101*
	nepoznato	.00	.99	
	Žena	.11	1.00	
CIQ praktični menadžment	muškarac	-.06	.94	2.773*
	Oboje	.17	1.05	
	nepoznato	-.28	.92	
CIQ drugi ciljevi	Žena	.15	.94	1.113
	muškarac	.12	.97	
	Oboje	-.14	1.06	
CIQ socijalno povlačenje	nepoznato	-.07	.97	.886
	Žena	.06	1.05	
	muškarac	-.06	.89	
CIQ poricanje	Oboje	.09	1.06	1.597
	nepoznato	-.15	.93	
	Žena	.07	.98	
CIQ samookrivljanje	muškarac	-.10	.94	4.539**
	Oboje	.15	1.08	
	nepoznato	-.18	.97	
CIQ samozanemarivanje	Žena	.23	1.09	3.802
	muškarac	-.16	.92	
	Oboje	.12	.98	
CIQ deljenje sa	nepoznato	-.28	.87	.721
	Žena	.02	.96	
	muškarac	.15	1.06	
	Oboje	.17	1.08	
	nepoznato	-.33	.85	
	Žena	.10	1.02	

drugima	muškarac	-.07	1.06	
	Oboje	-.10	.91	
	nepoznato	.05	.97	
	Žena	.13	.90	
CIQ prihvatanje	muškarac	.03	1.12	1.033
	Oboje	-.13	1.01	
	nepoznato	-.04	1.01	
	Žena	.02	.94	
CIQ pozitivna reinterpetacija	muškarac	.11	.97	.591
	Oboje	-.01	1.02	
	nepoznato	-.11	1.09	
	Žena	.04	.99	
CIQ traženje podrške partnera	muškarac	.10	.98	.687
	Oboje	-.02	1.06	
	nepoznato	-.14	.95	
	Žena	.04	.92	
CIQ kompenzacija	muškarac	.11	1.07	1.292
	Oboje	-.20	1.02	
	nepoznato	.02	1.01	
	Žena	.00	.95	
CIQ ulaganje u sebe	muškarac	.11	1.03	1.677
	Oboje	-.20	1.04	
	nepoznato	.13	.99	
	Žena	.19	.97	
CIQ traženje socijalne podrške	muškarac	-.02	.98	2.643*
	Oboje	-.02	1.01	
	nepoznato	-.25	.99	
	Žena	.07	.97	
CIQ planiranje i informisanje	muškarac	.19	1.00	2.189
	Oboje	-.11	1.05	
	nepoznato	-.20	.96	
	Žena	.01	1.00	
CIQ spiritualno prevladavanje	muškarac	.05	1.01	1.690
	Oboje	.12	.98	
	nepoznato	-.24	.98	
	Žena	-.04	1.08	
CIQ nadanje	muškarac	.18	.98	.956
	Oboje	-.01	.83	
	nepoznato	-.10	1.06	

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabela 21

Razlike na merenim varijablama u zavisnosti od prethodne trudnoće (df = 310)

Varijabla	Prethodna trudnoća	M	SD	T
Zajedništvo	Da	-0.06	1.06	-1.147
	Ne	0.06	0.92	
Pozitivna razmena	Da	-0.03	1.02	-.541
	Ne	0.03	0.94	
Socijalna podrška total	Da	-0.09	1.07	-1.573
	Ne	0.09	0.89	
Socijalna podrška porodica	Da	-0.07	1.01	-1.275
	Ne	0.07	0.98	
Socijalna podrška prijatelji	Da	-0.06	1.04	-1.024
	Ne	0.06	0.95	
Socijalna podrška partner	Da	-0.07	1.05	-1.163
	Ne	0.07	0.93	
Medicinska podrška	Da	-0.03	0.99	-.589
	Ne	0.03	0.98	
FPI total	Da	0.04	0.97	.642
	Ne	-0.04	0.98	
FPI socijalni	Da	0.06	1.02	1.069
	Ne	-0.06	0.96	
FPI seksualni	Da	-0.01	1.00	-.151
	Ne	0.01	0.99	
FPI partnerski	Da	-0.02	0.99	-.286
	Ne	0.02	1.01	
FPI potreba za roditeljstvom	Da	0.00	0.96	-.051
	Ne	0.00	1.02	
FPI neprihvatanje	Da	0.06	0.97	1.091
	Ne	-0.06	1.02	
DAS total	Da	-0.08	0.99	-1.395
	Ne	0.08	0.93	
DAS afektivno-seksualna usaglašenost	Da	-0.03	1.00	-.616
	Ne	0.03	0.98	
DAS konsenzus	Da	-0.08	1.00	-1.427
	Ne	0.08	0.95	
DAS dijadno zadovoljstvo	Da	-0.04	1.07	-.732
	Ne	0.04	0.90	
DAS kohezija	Da	-0.07	1.05	-1.335
	Ne	0.07	0.93	
CIQ izbegavajuće strategije	Da	0.06	1.00	1.106
	Ne	-0.06	0.99	

CIQ praktični menadžment	Da	0.03	0.97	.464
	Ne	-0.03	1.00	
CIQ drugi ciljevi	Da	-0.01	1.01	-.110
	Ne	0.01	0.95	
CIQ socijalno povlačenje	Da	0.10	1.06	1.755
	Ne	-0.10	0.93	
CIQ poricanje	Da	0.05	1.01	.849
	Ne	-0.05	0.99	
CIQ samookrivljavanje	Da	0.07	1.00	1.166
	Ne	-0.07	0.99	
CIQ samozanemarivanje	Da	0.00	0.95	-.061
	Ne	0.00	1.05	
CIQ deljenje sa drugima	Da	0.04	0.98	.623
	Ne	-0.04	1.01	
CIQ prihvatanje	Da	0.05	0.99	.927
	Ne	-0.05	1.00	
CIQ pozitivna reinterpetacija	Da	-0.01	1.06	-.096
	Ne	0.01	0.94	
CIQ traženje podrške partnera	Da	0.01	1.06	.092
	Ne	-0.01	0.92	
CIQ kompenzacija	Da	-0.02	0.97	-.405
	Ne	0.02	1.02	
CIQ ulaganje u sebe	Da	-0.04	1.00	-.688
	Ne	0.04	0.99	
CIQ traženje socijalne podrške	Da	0.02	1.00	.360
	Ne	-0.02	0.99	
CIQ planiranje i informisanje	Da	0.04	0.98	.680
	Ne	-0.04	1.01	
CIQ spiritualno prevladavanje	Da	0.07	1.02	1.308
	Ne	-0.07	0.96	
CIQ nadanje	Da	0.09	0.91	1.669
	Ne	-0.09	1.07	

Tabela 22

Razlike na merenim varijablama u zavisnosti od dužine suočavanja sa neplodnošću (df=3,305)

Varijabla	Grupa	M	SD	F
Zajedništvo	Manje od 2 godine	.00	.94	.796
	2-5 godina	-.08	1.05	
	Više od 5 godina	.08	.98	
Pozitivna razmena	Manje od 2 godine	.21	.92	2.285

	2-5 godina	-.05	.96	
	Više od 5 godina	-.09	1.03	
	Manje od 2 godine	.30	.82	
Socijalna podrška total	2-5 godina	-.16	1.04	5.120**
	Više od 5 godina	-.03	1.00	
	Manje od 2 godine	.22	.84	
Socijalna podrška porodica	2-5 godina	-.14	1.08	3.168*
	Više od 5 godina	.00	.98	
	Manje od 2 godine	.29	.85	
Socijalna podrška prijatelji	2-5 godina	-.12	1.07	4.309*
	Više od 5 godina	-.06	.98	
	Manje od 2 godine	.20	.85	
Socijalna podrška partner	2-5 godina	-.10	1.05	2.211
	Više od 5 godina	-.03	1.00	
	Manje od 2 godine	.12	1.00	
Medicinska podrška	2-5 godina	-.16	1.02	2.423
	Više od 5 godina	.08	.93	
	Manje od 2 godine	-.10	.94	
FPI total	2-5 godina	.08	.96	.788
	Više od 5 godina	-.02	1.01	
	Manje od 2 godine	-.12	.97	
FPI socijalni	2-5 godina	.11	1.00	1.347
	Više od 5 godina	-.03	1.00	
	Manje od 2 godine	-.09	1.04	
FPI seksualni	2-5 godina	.03	.98	.362
	Više od 5 godina	.03	.98	
	Manje od 2 godine	-.07	.92	
FPI partnerski	2-5 godina	-.02	1.02	.397
	Više od 5 godina	.06	1.03	
	Manje od 2 godine	.00	.98	
FPI potreba za roditeljstvom	2-5 godina	.09	1.01	.895
	Više od 5 godina	-.09	.97	
	Manje od 2 godine	-.02	.93	
FPI neprihvatanje	2-5 godina	.07	.94	.572
	Više od 5 godina	-.06	1.09	
	Manje od 2 godine	.10	.86	
DAS total	2-5 godina	-.06	.99	.636
	Više od 5 godina	.00	.99	
	Manje od 2 godine	.12	.87	
DAS afektivno-seksualna usaglašenost	2-5 godina	-.09	1.05	.993
	Više od 5 godina	.01	1.00	
	Manje od 2 godine	.12	.88	
DAS konsenzus	2-5 godina	-.05	.98	.776

	Više od 5 godina	-.03	1.03	
	Manje od 2 godine	.07	.88	
DAS dijadno zadovoljstvo	2-5 godina	-.08	1.07	.643
	Više od 5 godina	.03	.97	
	Manje od 2 godine	.12	.86	
DAS kohezija	2-5 godina	-.03	.96	.748
	Više od 5 godina	-.04	1.09	
	Manje od 2 godine	-.18	1.06	
CIQ izbegavajuće strategije	2-5 godina	.13	.97	2.255
	Više od 5 godina	-.02	.97	
	Manje od 2 godine	.11	.97	
CIQ praktični menadžment	2-5 godina	.00	.97	.781
	Više od 5 godina	-.07	1.01	
	Manje od 2 godine	.06	1.00	
CIQ drugi ciljevi	2-5 godina	-.07	1.01	.526
	Više od 5 godina	.04	.94	
	Manje od 2 godine	-.10	1.01	
CIQ socijalno povlačenje	2-5 godina	.16	1.01	2.613
	Više od 5 godina	-.10	.96	
	Manje od 2 godine	-.09	1.07	
CIQ poricanje	2-5 godina	.04	.97	.394
	Više od 5 godina	.02	.99	
	Manje od 2 godine	-.11	1.02	
CIQ samookrivljanje	2-5 godina	.04	.96	.610
	Više od 5 godina	.03	1.03	
	Manje od 2 godine	-.28	1.05	
CIQ samozanemarivanje	2-5 godina	.16	.99	4.536*
	Više od 5 godina	.01	.94	
	Manje od 2 godine	-.09	1.10	
CIQ deljenje sa drugima	2-5 godina	-.05	.96	1.221
	Više od 5 godina	.11	.96	
	Manje od 2 godine	-.08	1.02	
CIQ prihvatanje	2-5 godina	-.05	1.04	1.052
	Više od 5 godina	.10	.94	
	Manje od 2 godine	.07	1.03	
CIQ pozitivna reinterpretacija	2-5 godina	-.09	1.04	.794
	Više od 5 godina	.04	.93	
	Manje od 2 godine	.02	.94	
CIQ traženje podrške partnera	2-5 godina	.02	1.01	.073
	Više od 5 godina	-.03	1.01	
	Manje od 2 godine	-.01	.99	
CIQ kompenzacija	2-5 godina	-.03	.99	.165
	Više od 5 godina	.04	1.01	

CIQ ulaganje u sebe	Manje od 2 godine	.14	1.01	
	2-5 godina	-.11	.99	1.482
	Više od 5 godina	.02	.99	
CIQ traženje socijalne podrške	Manje od 2 godine	.10	.96	
	2-5 godina	-.02	.98	.475
	Više od 5 godina	-.04	1.03	
CIQ planiranje i informisanje	Manje od 2 godine	.10	.91	
	2-5 godina	.03	.97	1.026
	Više od 5 godina	-.10	1.05	
CIQ spiritualno prevladavanje	Manje od 2 godine	-.06	.99	
	2-5 godina	.02	1.01	.199
	Više od 5 godina	.02	.99	
CIQ nadanje	Manje od 2 godine	.06	1.07	
	2-5 godina	-.02	1.02	.189
	Više od 5 godina	-.02	.93	

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabela 23

Značajne razlike na merenim varijablama u zavisnosti od dostupnosti klinike

Varijabla	Dostupnost klinike	M	SD	t
FPI total	Izvan mesta	.07	.98	1.283
	U mestu	-.07	.97	
FPI socijalni	Izvan mesta	.02	1.01	.285
	U mestu	-.02	.98	
FPI seksualni	Izvan mesta	.02	.99	.302
	U mestu	-.02	1.00	
FPI partnerski	Izvan mesta	.06	.98	1.081
	U mestu	-.06	1.02	
FPI potreba za roditeljstvom	Izvan mesta	.10	1.00	1.751
	U mestu	-.10	.97	
FPI neprihvatanje	Izvan mesta	.11	.94	1.825
	U mestu	-.10	1.04	
Socijalna podrška total	Izvan mesta	.01	.99	.109
	U mestu	-.01	1.00	
Socijalna podrška porodica	Izvan mesta	.05	.97	.891

	U mestu	-.05	1.03	
Socijalna podrška prijatelji	Izvan mesta	-.02	1.01	-.321
	U mestu	.02	.99	
Socijalna podrška partner	Izvan mesta	-.02	1.02	-.284
	U mestu	.02	.97	
Medicinska podrška	Izvan mesta	.08	.90	1.440
	U mestu	-.08	1.06	
CIQ izbegavajuće	Izvan mesta	.04	.99	.606
	U mestu	-.03	.99	
CIQ praktični menadžment	Izvan mesta	.07	.92	1.230
	U mestu	-.07	1.04	
CIQ drugi ciljevi	Izvan mesta	.05	.97	.970
	U mestu	-.05	.99	
CIQ socijalno povlačenje	Izvan mesta	.05	.98	.794
	U mestu	-.04	1.01	
CIQ poricanje	Izvan mesta	.08	1.00	1.284
	U mestu	-.07	.99	
CIQ samookrivljavanje	Izvan mesta	.04	1.01	.659
	U mestu	-.03	.98	
CIQ samozanemarivanje	Izvan mesta	-.08	1.01	-1.396
	U mestu	.08	.99	
CIQ deljenje sa drugima	Izvan mesta	-.01	1.04	-.093
	U mestu	.00	.95	
CIQ prihvatanje	Izvan mesta	.07	.93	1.163
	U mestu	-.06	1.05	
CIQ pozitivna reinterpetacija	Izvan mesta	.10	.91	1.766
	U mestu	-.10	1.07	
CIQ traženje podrške partnera	Izvan mesta	.06	1.03	1.124
	U mestu	-.07	.95	
CIQ kompenzacija	Izvan mesta	-.01	1.05	-.251
	U mestu	.01	.95	
CIQ ulaganje u sebe	Izvan mesta	-.05	1.06	-.946
	U mestu	.06	.93	

CIQ traženje socijalne podrške	Izvan mesta	.09	.90	1.397
	U mestu	-.07	1.07	
CIQ planiranje i informisanje	Izvan mesta	.03	.96	.509
	U mestu	-.03	1.03	
CIQ spiritualno prevladavanje	Izvan mesta	.16	.95	2.823**
	U mestu	-.16	1.02	
CIQ nadanje	Izvan mesta	.10	.91	1.683
	U mestu	-.09	1.07	
Zajedništvo total	Izvan mesta	.05	.91	.865
	U mestu	-.05	1.07	
Pozitivna razmena total	Izvan mesta	.07	.98	1.251
	U mestu	-.07	.97	
DAS total	Izvan mesta	-.01	.93	-.144
	U mestu	.01	1.00	
DAS afektivna i seksualna usaglašenost	Izvan mesta	.03	.91	.509
	U mestu	-.03	1.07	
DAS konsenzus	Izvan mesta	-.02	.94	-.353
	U mestu	.02	1.01	
DAS dijadno zadovoljstvo	Izvan mesta	.00	.98	.129
	U mestu	-.01	1.00	
DAS kohezija	Izvan mesta	.06	.99	1.039
	U mestu	-.06	.99	

* $p < .05$, ** $p < .01$

Prilog 2: Medijaciona uloga podrške partnera

Korelacije varijabli uključenih u (alternativni) Model rezilijentnosti na neplodnost prikazane su u Tabeli 25. U odnosu na prethodni model, izmenjena je jedna varijabla: umesto ukupne socijalne podrške, u analizu je uzeta varijabla podrške od strane partnera.

Pre uključivanja podrške partnera kao medijatora, ispitana je predikcija varijable na zavisnu varijablu (bračna funkcionalnost), kao i predikcija seta nezavisnih varijabli na bračnu funkcionalnost, ali ovog puta sa podrškom partnera kao prediktorom. Rezultati pokazuju da iako je stres značajan prediktor podrške od strane partnera ($F(1,310) = 27.928, p < .001, R^2 = .08, \beta = -.287$), ova nezavisna varijabla ne predviđa značajno bračnu funkcionalnost kada se nalazi u setu sa drugim varijablama (Tabela 24), iako je model značajan ($F(8,303) = 21.138, p < .001, R^2 = .59$). Samim tim, nije opravdano uključiti ovu varijablu kao medijator u daljoj analizi.

Tabela 24

Regresioni koeficijenti za predikciju bračne funkcionalnosti

Prediktor	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Stres izazvan neplodnošću	-.156	-3.001	.003
Percepcija zajedništva	.303	6.797	.000
Percepcija pozitivne razmene	.356	7.964	.000
<i>Socijalna podrška od strane partnera</i>	<i>.037</i>	<i>.875</i>	<i>.382</i>
Medicinska podrška	.025	.631	.528
Izbegavajuće strategije suočavanja	-.022	-.456	.649
Strategije praktičnog menadžmenta	-.036	-.888	.375
Strategije usmerenosti na druge ciljeve	.172	3.682	.000

Tabela 25

Pirsonovi koeficijenti korelacija između varijabli u modelu prilagođavanja na neplodnost

	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Stres izazvan neplodnošću	-273**	-294**	.634**	.220**	-.397**	-.287**	-.164**	-.449**
2 Percepcija zajedništva	-	.482**	-.211**	.097	.420**	.354**	.154**	.607**
3 Percepcija pozitivne razmene		-	-.168**	.153**	.373**	.369**	.205**	.629**
4 Izbegavajuće strategije suočavanja			-	.170**	-.325**	-.261**	-.178**	-.321**
5 Strategije praktičnog menadžmenta				-	.231**	.076	.071	.054
6 Strategije usmerenosti na druge ciljeve					-	.341**	.291**	.513**
7 Podrška partnera						-	.231**	.388**
8 Medicinska podrška							-	.230**
9 Bračna funkcionalnost								-

** $p < .01$

Prilog 3: Informisana saglasnost

Ovim putem želimo da Vas pozovemo da učestvujete u istraživanju za potrebe doktorske disertacije pod nazivom Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije, studentkinje Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, Jovane Jestrović. Cilj istraživanja je razumevanje ključnih činilaca koji doprinose načinu prilagođavanja na neplodnost kao nerazvojnu krizu sa kojom se susreću pojedini parovi. Učešće u istraživanju je anonimno, potpuno dobrovoljno i podrazumeva popunjavanje upitnika u trajanju od najviše 30 minuta. U upitniku ne postoje tačni i pogrešni odgovori. Važno nam je Vaše iskustvo i razmišljanje, pa Vas molimo da budete iskreni. Ukoliko osetite bilo kakvu vrstu nelagode ili uznemirenosti možete odustati od učešća u istraživanju u bilo kom momentu i obratiti se nekom od članova istraživačkog tima ukoliko procenite da Vam je potrebna psihološka podrška.

Autor se obavezuje da će podatke dobijene ovim istraživanjem smatrati strogo poverljivim, odnosno da će pristup podacima imati samo autor istraživanja, uz superviziju mentora doktorske disertacije prof. dr Ivane Mihić, sa Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, te da će podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe.

Ukoliko želite da saznate dodatne informacije o ovom istraživanju možete kontaktirati autora istraživanja Jovanu Jestrović putem telefona 064/150-60-30 ili e-mail adrese jovannajestrovic@gmail.com.

Unapred Vam hvala na izdvojenom vremenu i spremnosti da sa nama podelite svoje iskustvo kako bismo mogli bolje da razumemo i podržimo porodice.

Molimo Vas da, pre popunjavanja upitnika, označite da li ste saglasni sa učešćem u istraživanju:

Upoznata sam sa ciljem istraživanja i saglasna da učestvujem u njemu:

- DA
- NE

Datum popunjavanja upitnika: _____

Prilog 4: Debriefing forma

Poštovana,

Hvala Vam što ste odvojili svoje vreme i sa nama podelili svoja iskustva i uverenja vezana za proces nošenja sa stresom koji u paru i lično mogu da prouzrokuju teškoće u ostvarivanju u roditeljskoj ulozi. Tokom životnog ciklusa porodica prolazi kroz određene razvojne faze, koje stavljaju pred sve članove porodice određene zadatke i prouzrokuju određenu dozu stresa. Takve zadatke, koje doživljavaju u svom životu sve ili većina porodica, zovemo razvojnim krizama. Stres koje one sa sobom nose je umeren, i porodice uglavnom imaju dobar odgovor i mogućnost prilagođavanja na njega. Neplodnost, međutim, predstavlja nerazvojnu krizu. To znači da se odnosi na krizu koja nije karakteristična za sve porodice, već samo neke od njih. Neplodnost kao takva pred partnere postavlja zadatke drugačije od uobičajenih. Ovi parovi, kada se suoče sa informacijom da imaju teškoće u začeću, imaju ogroman zadatak da se prilagode na nemogućnost preuzimanja roditeljske uloge, kao i da donose odluke o načinu suočavanja, izboru tretmana i sl. Upravo navedeno im onemogućuje da prate uobičajeni razvojni tok prisutan u većini porodica i predstavlja dodatni, intenzivan stres za pojedinca, par i porodicu. Istraživanja pokazuju da su osobe koje su se bolje prilagodile na neplodnost zadovoljnije životom, odnosima koje imaju sa partnerom i drugim bliskim ljudima, kao i da govore o nižem stresu, depresivnosti i anksioznosti.

Različiti parovi sa ovom krizom se suočavaju na različit način, a neplodnost čini specifičnim funkcionisanje para. Kako će se par prilagoditi na ovu krizu zavisi od brojnih faktora. Neki od tih faktora odnose se na podršku koja je prisutna - bilo da se radi o podršci partnera, drugih bliskih osoba ili stručnjaka sa kojima su u stalnom kontaktu. Ono što istraživanja pokazuju jeste da će stres povodom neplodnosti i njegov efekat na funkcionisanje para biti manje izražen ukoliko je ova podrška prisutnija. Nadalje, još jedan od faktora koji doprinosi procesu suočavanja jesu i strategije suočavanja koje pojedinci koriste, pa su se tako one strategije koje se odnose na usmerenost problemu i traženje podrške pokazale dobrim, naspram izbegavanja, koje ostvaruje negativne efekte na suočavanje. Na samom kraju, jako važan faktor u celokupnom procesu jeste sam partnerski odnos: komunikacija, pozitivna razmena među partnerima i osećaj zajedništva.

Istraživanja o ovim procesima u Srbiji su gotovo nepostojeća, iako podaci govore o značaju koji blagovremena podrška može da ima za pojedince i par koji ima teškoće u ostvarivanju

roditeljske uloge. Zato nam je istraživanjem u kom ste učestvovali bilo važno da razumemo kako svaki od navedenih faktora doprinose prilagođavanju para na krizu sa kojom se suočava i na osnovu toga izradimo dobre smernice za pristup i rad sa parovima koji imaju teškoće u ostvarivanju roditeljske uloge.

Ukoliko Vas je ovo istraživanje na bilo koji način uznemirilo, otvorilo neko pitanje, brigu, nedoumicu, ili prosto želite da saznate više o rezultatima istraživanja, molimo Vas da se javite autoru istraživanja ili nekome od dole pobrojanih članova tima.

Jovana Jestrović, autor istraživanja, psiholog i sistemski porodični psihoterapeut

jovannajestrovic@gmail.com

064/150-60-30

Milana Rajić, psiholog i sistemski porodični psihoterapeut

rajicmilana@gmail.com

Jelena Branković, psiholog i sistemski porodični psihoterapeut

jellis.1978@gmail.com

Još jednom Vam se zahvaljujemo na učešću u istraživanju!

Jovana Jestrović, autor istraživanja

Prilog 5: Baterija upitnika korišćenih u istraživanju

1. Starost: _____
2. Obrazovanje:
 - a) Osnovna škola
 - b) Srednja škola
 - c) Visoka škola / Fakultet
 - d) Magistratura / Doktorat
3. Koliko dugo ste u braku/vanbračnoj zajednici? _____
4. Od kada pokušavate da imate decu? _____
5. Kada ste saznali da imate teškoće vezane za ostvarivanje roditeljske uloge?

6. Kada ste dobili dijagnozu? _____
7. Nosilac dijagnoze je:
 - a) Žena
 - b) Muškarac
 - c) Oboje
 - d) Nepoznato
8. Da li ste nekada bili trudni?
 - a) DA
 - b) NE
9. Da li Vaš suprug/partner ima dece iz prethodnih brakova?
 - a) DA
 - b) NE
10. Mesto boravka:
 - a) Selo
 - b) Manji grad
 - c) Veći grad
11. Kako procenjujete Vaše prihode:
 - a) Ispod proseka
 - b) Prosečno
 - c) Iznad proseka

12. Koliko Vam je važna religija:

- a) Religija mi nije važna
- b) Nemam stav prema religiji
- c) Religija mi je važna

13. Dostupnost klinika za lečenje:

- a) Nema dostupnih klinika u mestu u kom živim, niti na udaljenosti do 100 km
- b) Klinike postoje na udaljenosti do 100 km, ali ne i u mestu u kom živim
- c) Postoji jedna klinika u mestu u kom živim
- d) Postoji više klinika u mestu u kom živim

Sledeće tvrdnje izražavaju različita mišljenja o problemu neplodnosti. Molimo Vas da označite stepen Vašeg slaganja sa svakom od navedenih tvrdnji, koristeći sledeću skalu:

- 1- Uopšte se ne slažem
- 2- Umereno se ne slažem
- 3- Malo se ne slažem
- 4- Malo se slažem
- 5- Umereno se slažem
- 6- U potpunosti se slažem

1.	Parovi bez dece su podjednako srećni kao parovi koji imaju decu.	1	2	3	4	5	6
2.	Trudnoća i porođaj su dva najznačajnija događaja u odnosu nekog para.	1	2	3	4	5	6
3.	Smatram da sam izgubila uživanje u seksu zbog problema sa plodnošću.	1	2	3	4	5	6
4.	Osećam da sam podjednako privlačna mom partneru kao i ranije.	1	2	3	4	5	6
5.	Za mene, biti roditelj je važnije nego imati uspešnu karijeru.	1	2	3	4	5	6
6.	Mom braku je potrebno dete.	1	2	3	4	5	6
7.	Ne osećam se drugačijom od ostalih pripadnica ženskog pola.	1	2	3	4	5	6

8.	Dok ne dobijem dete teško da ću se osećati sasvim odraslom.	1	2	3	4	5	6
9.	Ne smeta mi kada mi postavljaju pitanja o deci.	1	2	3	4	5	6
10.	Plaši me budućnost bez deteta.	1	2	3	4	5	6
11.	Ne mogu da pokažem partneru kako se osećam zato što će ga to uznemiriti.	1	2	3	4	5	6
12.	Ne izgleda da se porodica drugačije ophodi prema nama.	1	2	3	4	5	6
13.	Osećam da sam omanula kad je reč o seksu.	1	2	3	4	5	6
14.	Praznici su posebno teški za mene.	1	2	3	4	5	6
15.	Ukoliko ne bismo imali dete, uvidela bih brojne prednosti takve situacije.	1	2	3	4	5	6
16.	Moj partner ne razume način na koji problem sa neplodnošću utiče na mene.	1	2	3	4	5	6
17.	Tokom seksualnog odnosa jedino mogu da razmišljam o želji za detetom.	1	2	3	4	5	6
18.	Partner i ja se zajedno dobro borimo sa pitanjima o našoj neplodnosti.	1	2	3	4	5	6
19.	Osećam se prazno zbog našeg problema sa neplodnošću.	1	2	3	4	5	6
20.	Mogu da zamislim naš srećan život i bez deteta.	1	2	3	4	5	6
21.	Smeta mi što moj partner reaguje drugačije na ovaj problem.	1	2	3	4	5	6
22.	Teško mi je da imam seksualne odnose, pošto ne želim još jedno razočarenje.	1	2	3	4	5	6
23.	Imati dete nije centar mog života.	1	2	3	4	5	6
24.	Moj partner je prilično razočaran mnome.	1	2	3	4	5	6
25.	Povremeno se ozbiljno zapitam da li želim dete.	1	2	3	4	5	6
26.	Partner i ja mogli bismo otvorenije da pričamo o problemu sa neplodnošću.	1	2	3	4	5	6
27.	Porodična okupljanja su posebno teška za mene.	1	2	3	4	5	6
28.	To što nemam dete, omogućilo bi mi da radim druge stvari koje me zadovoljavaju.	1	2	3	4	5	6
29.	Često imam osećaj da sam rođena da budem roditelj.	1	2	3	4	5	6
30.	Ne mogu a da se ne upoređujem sa prijateljima koji imaju decu.	1	2	3	4	5	6

31.	Za sreću nije neophodno imati dete.	1	2	3	4	5	6
32.	Prilično me razljuti ako propustimo seks kritičnog dana.	1	2	3	4	5	6
33.	Ne mogu da zamislim da će nas ova situacija razdvojiti.	1	2	3	4	5	6
34.	Želela sam da budem roditelj od kada znam za sebe.	1	2	3	4	5	6
35.	Još imam dosta toga zajedničkog sa prijateljima koji imaju decu.	1	2	3	4	5	6
36.	Čini se da kadgod pokušavamo da pričamo o našem problemu sa neplodnošću, to pređe u svađu.	1	2	3	4	5	6
37.	Ponekad sam pod tolikim pritiskom da mi je teško da imam seksualne odnose.	1	2	3	4	5	6
38.	Mogli bismo da imamo dugu i srećnu vezu i bez deteta.	1	2	3	4	5	6
39.	Teško mi je da provodim vreme sa prijateljima koji imaju malu decu.	1	2	3	4	5	6
40.	Kada vidim porodice sa decom, osećam se napušteno.	1	2	3	4	5	6
41.	Sviđa mi se izvesna sloboda života bez dece.	1	2	3	4	5	6
42.	Učiniću bilo šta da bih imala dete.	1	2	3	4	5	6
43.	Osećam da nas prijatelji ili porodica zapostavljaju.	1	2	3	4	5	6
44.	Ne smeta mi kada drugi pričaju o svojoj deci.	1	2	3	4	5	6
45.	Brinem se da se partner i ja udaljavamo zbog neplodnosti.	1	2	3	4	5	6
46.	Izgleda da mog partnera ohrabruju moje reči kad pričamo o problemu neplodnosti.	1	2	3	4	5	6

Pred Vama se nalazi niz rečenica koje opisuju različita ponašanja lekara i celokupnog medicinskog osoblja sa kojima se susrećete. Molimo Vas da procenite u kojoj meri ste zadovoljni pobrojanim aspektima, koristeći sledeću skalu:

- 1- Uopšte nisam zadovoljna
- 2- Nisam zadovoljna
- 3- Ni zadovoljna ni nezadovoljna
- 4- Zadovoljna sam
- 5- U potpunosti sam zadovoljna

1.	Individualizovan pristup pacijentu (pristupanje u razgovoru i odnosu svakom pojedincu na različit način, uzimajući u obzir njegove karakteristike i potrebe)	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

2.	Informisanje i edukacija pacijenata o kliničkim aspektima, prognozama i potencijalnim rizicima tretmana (davanje svih neophodnih informacija tokom celog tretmana, objašnjavanje značenja rezultata i parametara)	1	2	3	4	5
3.	Informisanje i edukacija pacijenata o propratnim emocionalnim efektima tretmana (upućivanje pacijenata u psihološke aspekte i emocije koje se uobičajeno javljaju tokom lečenja)	1	2	3	4	5
4.	Emocionalna podrška u nošenju sa negativnim emocijama (pružanje psihološke podrške, nasuprot fokusiranju isključivo na medicinske aspekte tretmana; otvorena pitanja o tome kako se osećaju i dostupnost za razgovor o tome)	1	2	3	4	5
5.	Stav i senzitivnost osoblja klinike (pokazivanje razumevanja za situaciju u kojoj se par nalazi, bez obzira na činjenicu da se oni kao stručnjaci sa tim susreću svaki dan i za njih predstavlja neku vrstu rutine; osetljivost i zainteresovanost za procese kroz koje par prolazi u procesu lečenja i uzimanje tih procesa u obzir pri razgovoru)	1	2	3	4	5
6.	Otvorena i iskrena komunikacija (iskrenost lekara prema pacijentima u smislu trenutnog stanja i prognoza za budućnost; jasne, otvorene informacije o dijagnozi i šansama za uspeh određenih tretmana)	1	2	3	4	5
7.	Koordinisanost i integrisanost brige (postojanje komunikacije među različitim stručnjacima sa kojima se pacijenti susreću; informacije dele međusobno, ne moram ja da ih prenosim)	1	2	3	4	5
8.	Tehničke veštine i kompetentnost (veštine za sprovođenje samog tretmana)	1	2	3	4	5
9.	Sveobuhvatnost i kvalitet brige (postojanje svih vrsta brige o pacijentima, od samog tretmana do psihološke podrške u smislu brige za to kako se pacijenti osećaju i dostupnost ove brige kroz sve faze tretmana)	1	2	3	4	5
10.	Vreme koje lekar posvećuje (posvećivanje dovoljno pažnje pacijentima, dovoljno vremena da pitate sve što biste želeli)	1	2	3	4	5
11.	Pripremljenost lekara za konsultacije (upućenost u slučaj i rezultate, priprema pred	1	2	3	4	5

	konsultacije)					
12.	Dostupnost lekara – mogućnost komunikacije putem telefona (dostupnost lekara pacijentima u bilo kom momentu za sva pitanja i potrebnu podršku)	1	2	3	4	5
13.	Uključivanje partnera tokom tretmana (obraćanje pažnje na uključivanje oba člana para tokom tretmana, nasuprot fokusa samo na ženu)	1	2	3	4	5

Pred Vama se nalazi niz stavki koje se odnose na podršku koju dobijate od ljudi iz Vaše okoline. Molimo Vas da ih pažljivo pročitate i odgovorite na stavke zaokružujući jedan od navedenih brojeva:

- 1- U potpunosti se ne slažem
- 2- Ne slažem se
- 3- Delimično se ne slažem
- 4- Neodlučna sam
- 5- Delimično se slažem
- 6- Slažem se
- 7- U potpunosti se slažem

1.	Postoji posebna osoba koja je uz mene kada mi je to potrebno.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Postoji neko s kim mogu podeliti ono što me raduje i rastužuje.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Moja porodica se zaista trudi da mi pomogne.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moja porodica mi pruža emocionalnu podršku i pomoć koja mi je potrebna.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Postoji neko ko za mene predstavlja pravi izvor utehe.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Moji prijatelji se zaista trude da mi pomognu.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mogu računati na svoje prijatelje kada stvari pođu po zlu.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sa porodicom mogu razgovarati o svojim problemima.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Imam prijatelje sa kojima mogu podeliti ono što me raduje i rastužuje.	1	2	3	4	5	6	7
10.	U mom životu postoji posebna osoba kojoj je stalo do toga kako se ja osećam.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Moja porodica je spremna pomoći mi pri donošenju odluka.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Sa prijateljima mogu razgovarati o svojim problemima.	1	2	3	4	5	6	7

Ljudi na različite načine reaguju na problem neplodnosti. U donjoj tabeli su date neke od mogućih reakcija. Označite koliko je svaka od navedenih reakcija karakteristična za Vas. Prilikom odgovaranja koristite sledeću skalu:

0 – Nikada

1- Retko

2- Ponekad

3- Često

4- Uvek

1.	Ohrabrujem se govoreći sebi da ću biti majka jednog dana.	0	1	2	3	4
2.	Trudim se da nađem utehu u religiji.	0	1	2	3	4
3.	Trudim se da saznam više detalja o situaciji.	0	1	2	3	4
4.	Raspitujem se kod rođaka ili prijatelja čije savete cenim.	0	1	2	3	4
5.	Više se bavim fizičkim aktivnostima.	0	1	2	3	4
6.	Počastim sebe dobrim obrokom, kupovinom itd.	0	1	2	3	4
7.	Oslanjam se na suprugovu pomoć u vezi lečenja, zakazivanja tretmana itd.	0	1	2	3	4
8.	Trudim se da sagledam situaciju u drugačijem svetlu, kako bi mi izgledala pozitivnije.	0	1	2	3	4
9.	Navikla sam se na ideju da mi se ovo događa.	0	1	2	3	4
10.	Ne želim da drugi ljudi saznaju za moj problem.	0	1	2	3	4
11.	Izgled, šminka i odeća manje su mi važni nego ranije.	0	1	2	3	4
12.	Nakon neuspešnog tretmana, okrivljujem sebe.	0	1	2	3	4
13.	Govorim sebi: “da li se ovo zaista meni događa?”.	0	1	2	3	4
14.	Izbegavam društvene događaje na kojima se ljudi mogu raspitivati o mom problemu.	0	1	2	3	4
15.	Zamišljam budućnost i kako će stvari izgledati kada problem bude rešen.	0	1	2	3	4
16.	Molim se više nego obično.	0	1	2	3	4
17.	Razmišljam o narednim koracima, u slučaju da aktuelni pokušaj ne bude uspešan.	0	1	2	3	4
18.	Tražim pomoć od različitih ljudi.	0	1	2	3	4
19.	Bavim se aktivnostima koje me smiruju, kao što su relaksacija, masaža, itd.	0	1	2	3	4
20.	Nadoknađujem ono kroz šta prolazim radeći nešto što volim, kao što su izlasci sa partnerom.	0	1	2	3	4
21.	Trudim se da partner bude sa mnom kada odlazim na tretmane.	0	1	2	3	4
22.	Trudim se da mislim na pozitivnu stranu moje situacije.	0	1	2	3	4
23.	Učim da živim sa tim.	0	1	2	3	4
24.	Težim tome da ne pričam o ovom problemu.	0	1	2	3	4
25.	U ovom trenutku nemam strpljenja da ulažem u svoj izgled.	0	1	2	3	4

26.	Okrivljujem sebe za odlaganje tretmana.	0	1	2	3	4
27.	Pretvaram se da mi se ovo zaista ne događa.	0	1	2	3	4
28.	Manje se viđam sa rođacima.	0	1	2	3	4
29.	Zamišljam bolja vremena.	0	1	2	3	4
30.	Ispoljavam veru u Boga.	0	1	2	3	4
31.	Čitam knjige ili članke o ovom problemu.	0	1	2	3	4
32.	Trudim se da se približim i tražim podršku od žena koje su u ovoj situaciji ili koje su bile u ovoj situaciji.	0	1	2	3	4
33.	Važnije mi je da se razvijam na različite načine: putem kurseva, hobija, radionica.	0	1	2	3	4
34.	Razmatram nekoliko alternativa za rešavanje ovog problema.	0	1	2	3	4
35.	Obraćam više pažnje nego ranije na sopstveni izgled.	0	1	2	3	4
36.	Trudim se da uključim partnera u svaki aspekt problema.	0	1	2	3	4
37.	Tražim nešto dobro u ovome što se događa (npr. situacija nas zbližava kao par).	0	1	2	3	4
38.	Prihvatam realnost onakvu kakva jeste.	0	1	2	3	4
39.	Delim problem sa skoro svima oko sebe.	0	1	2	3	4
40.	Više nego ranije jedem, pijem alkohol, pušim, koristim supstance ili lekove.	0	1	2	3	4
41.	Osećam da nisam „kako treba“ zato što nemam decu.	0	1	2	3	4
42.	Odbijam da verujem da mi se ovo dogodilo.	0	1	2	3	4
43.	Izbegavam da budem sa ženama koje su trudne ili imaju decu.	0	1	2	3	4
44.	Tražim blagoslov od sveštenika kao zalag za sreću.	0	1	2	3	4
45.	Razmišljam o najboljem načinu da se izborim sa ovim problemom.	0	1	2	3	4
46.	Pitam ljude koji su imali slična iskustva kako su postupili.	0	1	2	3	4
47.	Više vodim računa o svom fizičkom izgledu.	0	1	2	3	4
48.	Ograničavam učešće porodice i prijatelja u ovom problemu.	0	1	2	3	4
49.	Tražim objašnjenja o ovom problemu i tretmanu.	0	1	2	3	4
50.	Više nego ranije upražnjavam aktivnosti u kojima uživam.	0	1	2	3	4
51.	Trudim se da budem uključena u donošenje odluka koje su vezane za ovaj problem.	0	1	2	3	4

Nijedan međuljudski odnos nije idealan i većina ljudi ima određene neusaglašenosti i nesuglasice u braku. Molimo Vas da procenite u kojoj se meri Vi i Vaš suprug slažete u navedenim situacijama.

	Uopšte se ne slažemo	Uglavnom se ne slažemo	Nisam sigurna	Uglavnom se slažemo	U potpunost i se slažemo
1. Vođenje porodičnih finansija	1	2	3	4	5

2. Rekreacija	1	2	3	4	5
3. Odnos prema religiji	1	2	3	4	5
4. Ispoljavanje osećanja	1	2	3	4	5
5. Odnosi sa prijateljima	1	2	3	4	5
6. Seksualni odnosi	1	2	3	4	5
7. Ponašanje u uobičajenim situacijama	1	2	3	4	5
8. Životna filozofija – smisao života	1	2	3	4	5
9. Odnosi sa roditeljima ili rođacima	1	2	3	4	5
10. Verovanje u značaj nekih stvari, ciljeva i dostignuća	1	2	3	4	5
11. Količina vremena provedenog zajedno	1	2	3	4	5
12. Donošenje zajedničkih odluka	1	2	3	4	5
13. Kućne obaveze	1	2	3	4	5
14. Interesi i aktivnosti u slobodnom vremenu	1	2	3	4	5
15. Odluke vezane za profesiju – posao	1	2	3	4	5
Molimo Vas, zaokružite odgovore i na sledeća pitanja:	Nikada	Retko	Povremeno	Često	Veoma često
16. Koliko često razmišljate o tome kako bi bilo biti u vezi ili braku s nekim drugim?	1	2	3	4	5
17. Koliko često Vi ili vaš suprug "izletite" iz kuće posle svađe?	1	2	3	4	5
18. Uopšteno, koliko često mislite da stvari između Vas i vašeg partnera idu dobro?	1	2	3	4	5
19. Koliko često zažalite što ste ušli u ovaj brak / zajednički život?	1	2	3	4	5
20. Koliko često se Vi i vaš partner svađate / prepirete?	1	2	3	4	5
21. Koliko često Vi i vaš suprug "idete jedno drugom na živce"?	1	2	3	4	5
22. Imate li poverenja u vašeg supruga?	1) Ni malo	2) Vrlo malo	3) Kakokad	4) Poprilično	5) U potpunosti
23. Koliko često poljubite vašeg supruga/partnera?	1) Nikada	2) Retko	3) Ponekad	4) Skoro svaki	5) Svaki dan

				dan	
24. Koliko Vi i suprug imate zajedničkih interesovanja van kuće?	1) Nijedno	2) Vrlo malo	3) Neka	4) Većinu	5) Sva
Koliko se često ovo događa između Vas i supruge?	Nikada	Manje od 1 put mesečno	1 ili 2 puta mesečno	1 ili 2 puta nedeljno	Skoro svaki dan
25. Podsticanje razmene ideja.	1	2	3	4	5
26. Zajednički smeh.	1	2	3	4	5
27. Smiren razgovor / diskusija o nečemu.	1	2	3	4	5
28. Zajednički rad na nekom poslu / ostvarenju.	1	2	3	4	5

Da li sledeće pojave u Vašem braku/partnerskom odnosu dovode do problema?

29. Nezainteresovanost za seksualni odnos zbog iscrpljenosti/umora.	DA	NE
30. Nepokazivanje ljubavi.	DA	NE

31. Uzimajući sve u obzir, koliko ste zadovoljni Vašim bračnim ili partnerskim odnosom? Zaokružite broj ispred opisa koji najviše odgovara stepenu Vašeg zadovoljstva bračnim/partnerskim odnosom u celini.

1) veoma nezadovoljna	2) nezadovoljna	3) više nezadovoljna nego zadovoljna	4) nisam sigurna, (ni zadovoljna, ni nezadovoljna)	5) više zadovoljna nego nezadovoljna	6) prilično zadovoljna	7) potpuno zadovoljna
-----------------------	-----------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	-----------------------

32. Koja od sledećih izjava najbolje opisuje kako se Vi osećate u vezi budućnosti vašeg odnosa? Izaberite samo JEDNU izjavu.

1)	Očajnički želim da se moja veza nastavi, i učiniću sve da se to ostvari.
2)	Jako želim da se moja veza nastavi, i učiniću sve što mogu da se to ostvari.
3)	Ja jako želim da se moja veza nastavi, i ispuniću moj deo da se to ostvari.
4)	Bilo bi lepo da se moja veza nastavi, ali ja ne mogu učiniti mnogo više nego što činim da je održim.
5)	Bilo bi lepo da se moja veza nastavi, ali ja odbijam da uradim išta više nego što činim da je održim.

6)	Moja veza nikako ne može da uspe i ne postoji ništa više što ja mogu da uradim da je održim.
----	--

Molimo Vas da procenite koliko su navedena ponašanja karakteristična za Vašeg partnera u proteklih nedelju dana, koristeći sledeću skalu:

- 1- Nimalo
- 2- Jednom
- 3- Dva puta
- 4- Skoro svaki drugi dan
- 5- Svaki dan
- 6- Dva puta dnevno
- 7- Više od dva puta dnevno

1.	Vaš suprug je pohvalio nešto što ste učinili	1	2	3	4	5	6	7
2.	Vaš suprug je rekao „Volim te“	1	2	3	4	5	6	7
3.	Vaš suprug je za Vas učinio nešto lepo što niste očekivali	1	2	3	4	5	6	7
4.	Vaš suprug je s Vama podelio svoja osećanja ili problem	1	2	3	4	5	6	7
5.	Vaš suprug je pokazao brigu za Vas/ono što radite	1	2	3	4	5	6	7
6.	Vaš suprug Vam je pružio utehu	1	2	3	4	5	6	7
7.	Vaš suprug je učinio ili rekao nešto kako bi Vas nasmejao/oraspoločio	1	2	3	4	5	6	7
8.	Vaš suprug Vam je pričao šta mu se dogodilo tokom dana dok ste bili razdvojeni	1	2	3	4	5	6	7
9.	Vaš suprug je pokazao interesovanje za Vaše probleme	1	2	3	4	5	6	7
10.	Vaš suprug Vam je pokazivao ljubav fizičkim dodirima - grljenje, ljubljenje, maženje	1	2	3	4	5	6	7

Molimo Vas da procenite u kojoj meri je, po Vašem mišljenju, Vaš partner uključen u proces suočavanja sa problemom neplodnosti:

- 1- Uopšte ne
- 2- Više ne nego da
- 3- Ponekad
- 4- Više da nego ne
- 5- Da, u potpunosti / Uvek

1.	Koliko često Vi i partner zajedno diskutujete opcije za suočavanje sa problemom?	1	2	3	4	5
2.	U kojoj meri procenjujete da je odluka da započnete	1	2	3	4	5

	tretman neplodnosti bila zajednička?					
3.	U kojoj meri procenjujete da je odluka o izboru lekara ili klinike bila zajednička?	1	2	3	4	5
4.	Generalno gledano, koliko ste zadovoljni uključenosti Vašeg partnera u proces donošenja odluka o tretmanu?	1	2	3	4	5