

UNIVERZITET U BEOGRADU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODELJENJE ZA PSIHOLOGIJU

Jovana M. Milovanović

PROBLEM STERILITETA
U KONTEKSTU TEORIJE STRESA:
ZNAČAJ REZILIJENTNOSTI I SAMOEFIKASNOSTI
ZA ODNOS MEHANIZAMA PREVLADAVANJA,
STRESA I KVALITETA ŽIVOTA

Doktorska disertacija

Beograd, 2018.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Jovana M. Milovanović

INFERTILITY PROBLEM
IN THE CONTEXT OF THEORY OF STRESS:
THE IMPORTANCE OF RESILIENCE AND
SELF-EFFICACY FOR THE RELATIONSHIPS
BETWEEN COPING MECHANISMS, STRESS
AND QUALITY OF LIFE

Doctoral dissertation

Belgrade, 2018.

Mentor:

dr Borjanka Batinić, vanredni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd

Komentor (spoljni član):

dr Svetlana Dragojević Dikić, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
Ginekološko-akušerska klinika „Narodni front“, Beograd

Članovi komisije:

dr Tatjana Vukosavljević-Gvozden, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Goran Opačić, vanredni profesor
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

dr Oliver Tošković, docent
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

Datum odbrane:

Zahvalnica

Veliku zahvalnost dugujem ženama koje su boravile na Ginekološko-akušerskoj klinici “Narodni Front” zbog ispitivanja i lečenja steriliteta, kao i trudnicama i majkama, koje su učestvovala u istraživanju za potrebe ovog rada.

Posebnu zahvalnost dugujem mojoj mentorki prof. dr Borjanki Batinić na neizmernoj podršci, razumevanju i strpljenju, kao i na korisnim stručnim savetima i smernicama tokom doktorskih studija, i u toku izrade doktorske disertacije. Srdačno se zahvaljujem i komentorki prof. dr Svetlani Dragojević Dikić na velikoj ljudskoj i stručnoj podršci i poverenju prilikom sprovođenja istraživanja i izrade doktorske disertacije. Iskreno se zahvaljujem i članovima komisije: prof. dr Tatjani Vukosavljević-Gvozden i prof. dr Goranu Opačiću na podršci, saradnji i značajnim stručnim savetima, kao i dr Oliveru Toškoviću na strpljenju i velikoj pomoći oko statistike i obrade podataka. Zahvaljujem se i medicinskom osoblju Ginekološko-akušerske klinike “Narodni Front” na srdačnosti i pomoći prilikom sprovođenja istraživanja i prikupljanja podataka.

Veliko hvala i mojoj porodici – suprugu Vladimiru, ćerki Ninu, sestri Bojani, roditeljima Sanji i Miši, kao i bliskim prijateljima, na bezrezervnoj podršci, razumevanju i strpljenju.

Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoefikasnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života

Rezime

Cilj ove doktorske disertacije je ispitivanje psiholoških aspekata steriliteta u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja kod žena koje imaju problem sa sterilitetom. Ispitani su zastupljenost i međusobna povezanost rezilijentnosti, opštih i specifičnih mera samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života kod ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom i onih koje su trudne ili imaju decu.

Uzorak (N=500) čine žene koje imaju problem sa sterilitetom – *klinička grupa* (N=250) i trudnice i majke koje nisu imale problem sa sterilitetom – *kontrolna grupa* (N=250), starosti od 20 do 48 godina (M=33,04; SD=4,877). Dve grupe ispitanica ujednačene su po starosnoj dobi. Prvi deo istraživanja sproveden je na Ginekološko-akušerskoj klinici „Narodni front“ u Beogradu, na odeljenju steriliteta, a drugi deo u savetovalištu za trudnice Ginekološko-akušerske klinike „Narodni front“ i *online*. Primljeni su sledeći upitnici: *Sociodemografski upitnik*, modifikovana verzija Multidimenzionalnog upitnika psihosocijalnih aspekata steriliteta (Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility; Schmidt, 2006), *Skala rezilijentnosti* (Connor-Davidson Resilience Scale; Connor & Davidson, 2003), *Skala opšte samoefikasnosti* (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer & Jerusalem, 1995), *Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta* (Infertility Self-Efficacy Scale – ISE; Cousineau i sar., 2006), *Upitnik prevladavanja – kraća verzija* (Brief COPE Inventory; Carver, 1997), *Upitnik prevladavanja steriliteta* (Coping with Infertility Questionnaire – CIQ; Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005), *Skala doživljenog stresa* (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983), *Problemi sa plodnošću* (Fertility Problem Inventory; Newton i sar., 1999), *Skala kvaliteta života* (Quality of Life Scale – QOLS; Burckhardt i sar., 1989), *Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* (Fertility quality of life questionnaire; Boivin, Takefman & Braverman., 2011).

Primenom T-testa za jedan uzorak utvrđeno je da ispitanice koje imaju problem sa sterilitetom u našem istraživanju, u poređenju sa normama za klinički uzorak, ispoljavaju značajno: niži nivo rezilijentnosti; viši nivo samoefikasnosti u kontekstu steriliteta; viši nivo specifičnog stresa u aspektima - *partnerski odnos* i *odbijanje života bez dece*, a niži nivo u domenima - *socijalni aspekt* i *potreba za roditeljstvom*; viši *jezgrovni kvalitet života*, dok je *kvalitet života u domenu tretmana* u skladu sa očekivanim. Zatim, učestalije primenjuju socijalno povlačenje, samozanemarivanje, prihvatanje, pozitivnu reinterpetaciju, kompenzaciju, ulaganje u sebe, traženje socijalne podrške, planiranje i informisanje, a manje učestalo koriste samookrivljavanje i traženje podrške partnera.

Primenom T-testa za nezavisne uzorke utvrđeno je da ispitanice iz kliničke grupe, u odnosu na kontrolnu grupu, doživljavaju niži nivo rezilijentnosti, viši kvalitet života i manje učestalo primenjuju opšte aktivne strategije prevladavanja (aktivno suočavanje, pozitivna reinterpetacija, prihvatanje, planiranje). Između dve grupe ispitanica nije utvrđena značajna razlika kada je reč o izraženosti opšte samoefikasnosti, generalnog stresa i učestalosti primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (bihejvioralno povlačenje, upotreba supstanci, samookrivljavanje, poricanje).

Primenom hijerarhijske regresione analize i modelovanja strukturalnim jednačinama utvrđeno je da se na osnovu opštih varijabli (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, opšte aktivne i izbegavajuće strategija prevladavanja), u kliničkoj grupi može objasniti 25,7%, a u kontrolnoj 20,1% varijanse generalnog stresa. Najznačajniji prediktor u kliničkoj grupi je rezilijentnost, a u kontrolnoj opšte izbegavajuće strategije prevladavanja. U odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa, na kliničkom uzorku ne postoji medijacija, dok na kontrolnom uzorku postoji potpuna medijacija opšte samoefikasnosti i opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Kada je reč o specifičnim varijablama, na kliničkom uzorku se na osnovu rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, usmerenosti na problem, brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja može objasniti 39% varijanse stresa u kontekstu steriliteta. Najznačajniji prediktor je usmerenost na problem kao strategija prevladavanja. U odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta postoji potpuna medijacija specifične samoefikasnosti, usmerenosti na problem, brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

Na osnovu opštih varijabli (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, opšte aktivne i izbegavajuće strategija prevladavanja i generalni stres), u kliničkoj grupu može se objasniti 19,4%, a u kontrolnoj 23,5% varijanse generalnog kvaliteta života. Kao najznačajniji prediktor u kliničkoj grupi izdvaja se rezilijentnost, a u kontrolnoj grupi generalni stres. U odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života, na kliničkom uzorku postoji potpuna medijacija generalnog stresa, a na kontrolnom uzorku potpuna medijacija generalnog stresa, opšte samoefikasnosti i opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Kada je reč o specifičnim varijablama, na kliničkom uzorku, rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, usmerenost na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja i stres u kontekstu steriliteta objašnjavaju 36,8% varijanse kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Najznačajniji prediktor je stres u kontekstu steriliteta. U odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta postoji parcijalna medijacija specifične samoefikasnosti, stresa u kontekstu steriliteta, brige o sebi kao strategije prevladavanja i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

Navedeni rezultati unapređuju razumevanje steriliteta u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja. Dobijeni nalazi pružaju i smernice za kreiranje specifičnih preventivnih i edukativnih programa i psihološkog savetovanja za osobe suočene sa problemom steriliteta. Sprovedeno istraživanje ima teorijski, praktični, ali i društveni i zdravstveni značaj i doprinos.

Ključne reči: sterilitet, rezilijentnost, samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja, stres, kvalitet života, transakcioni model stresa i prevladavanja

Naučna oblast: Psihologija

Uža naučna oblast: Klinička psihologija

UDK broj: 159.944:618(043.3)

**Infertility problem in the context of theory of stress: the importance of
resilience and self-efficacy for the relationships between
coping mechanisms, stress and quality of life**

Summary

The objective of this PhD thesis is to examine the psychological aspects of infertility in the context of the Transactional model of stress and coping in women who have a infertility problem. The prevalence and interrelation of resilience, general and specific self-efficacy, coping mechanisms, stress and quality of life were examined among women with infertility and women who are pregnant or have children.

The study sample (N=500) consists of women who have a problem with infertility - a *clinical group* (N=250) and pregnant women and mothers who did not have a problem with infertility - *control group* (N=250), aged 20 to 48 years (M=33,04; SD=4.877). Two groups of respondents were equated by age. The first part of the research was conducted at the Gynecology and Obstetric Clinic "Narodni Front" in Belgrade, at the department of infertility, and the second part was conducted at the counseling center for pregnant women at the Gynecology and Obstetric Clinic "Narodni Front", and *on line*. The following questionnaires were applied: *Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility* (Schmidt, 2006), *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003), *General Self-Efficacy Scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1995), *Infertility Self-Efficacy Scale – ISE* (Cousineau et al., 2006), *Brief COPE Inventory* (Carver, 1997), *Coping with Infertility Questionnaire – CIQ* (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005), *Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983), *Fertility Problem Inventory* (Newton et al., 1999), *Quality of Life Scale – QOLS* (Burckhardt et al., 1989), *Fertility quality of life questionnaire* (Boivin, Takefman & Braverman., 2011).

We used the T-test for one sample and found that respondents who have a problem with infertility in our study, compared with the norms for the clinical sample, exhibit: a significantly lower level of resilience, a higher level of infertility self-efficacy, a higher level of infertility related stress on the *relationship concern* scale and *the rejection of*

childfree lifestyle scale and the lower level on the *social concern* scale and on the *need for parenthood* scale, higher level of the *core quality of life* scale, while the score on the *treatment quality of life* scale is in line with expectations. Then, they more often apply social withdrawal, self-neglect, acceptance, positive re-interpretation, compensation, investing in myself, seeking social support, planning and information-seeking, and less often they use self-blame and recruiting spouse support.

Using the T-test for independent samples, it was established that respondents from the clinical group, compared to women in the control group, experienced a lower level of resilience, a higher level quality of life and less commonly applied active coping strategies (active confrontation, positive re-interpretation, acceptance, planning). Between the two groups of respondents, there was no significant difference in the expression of general self-efficacy, general stress and the frequency of use avoidance coping strategies (behavioral withdrawal, substance use, self-blame, denial).

Using hierarchical regression analysis and structural equation modeling, it has been established that, on the basis of general variables (resilience, general self-efficacy and general active and avoidance coping strategies), 25.7% variance of general stress can be explained in the clinical group, and 20.1% variance in the control group. The most important predictor in the clinical group is resilience, and in the control group are general avoidance coping strategies. In the relationship between resilience and general stress, there is no mediation in the clinical sample, while there is a full mediation of general self-efficacy and general avoidance coping strategies in the control sample. Specifically, in the clinical sample, 39% variance of infertility related stress can be explained on the basis of resilience, infertility self-efficacy, problem management, self-nurturing and specific avoidance coping strategies. The most important predictor is the problem management as a coping mechanism. In the relationship between resilience and infertility related stress there is a full mediation of infertility self-efficacy, problem management, self-nurturing and specific avoidance coping strategies.

On the basis of general variables (resilience, general self-efficacy, general active and avoidance coping strategies and general stress), 19.4% variance of general quality of life can be explained in the clinical group, and 23.5% variance in the control sample. The

most important predictor in the clinical group is resilience, and in the control group is general stress. In the relationship between resilience and general quality of life, there is a full mediation of general stress in clinical sample, and there is a full mediation of general stress, general self-efficacy and general avoidance coping strategies in the control group. Specifically, in the clinical sample, 36.8% variance of infertility related quality of life can be explained on the basis of resilience, infertility self-efficacy, problem management, self-nurturing and specific avoidance coping strategies and infertility related stress. The most important predictor is infertility related stress. In the relationship between resilience and infertility related quality of life there is a partial mediation of infertility self-efficacy, infertility related stress, self-nurturing and specific avoidance coping strategies.

These results enhance the understanding of infertility in the context of the Transactional model of stress and coping. Obtained findings provide guidelines for creating specific preventive and educational programs and psychological counseling for women with a infertility problem. The conducted research has a theoretical and practical contributions, but also has a contributions in social and health terms.

Keywords: infertility, resilience, self-efficacy, coping mechanisms, stress, quality of life, Transactional model of stress and coping

Scientific field: Psychology

Scientific subfield: Clinical psychology

UDC number: 159.944:618(043.3)

Sadržaj

UVOD	1
I TEORIJSKI DEO	5
1. Sterilitet	5
1.2. Psihosocijalne reakcije na problem steriliteta	6
1.2.1. Anksioznost	8
1.2.2. Depresija	8
1.2.3. Bes	9
1.2.4. Socijalno povlačenje	10
1.2.5. Problemi u partnerskom odnosu	10
1.2.6. Polne razlike u reakcijama na problem steriliteta	11
1.3. Epidemiologija	12
1.4. Etiologija	13
1.5. Tretman steriliteta	14
2. Transakcioni model stresa i prevladavanja u kontekstu steriliteta	16
2.1. Proces procene stimulusa	17
2.2. Rezultujući stres	19
2.2.1. Efekti stresa povezanog sa sterilitetom	20
2.2.2. Uticaj stresa na plodnost i tretman	22
2.3. Prevladavanje stresa	23
2.4. Rezilijentnost	29
2.5. Samoefikasnost	33
2.6. Kvalitet života	36
2.7. Povezanost rezilijentnosti, samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta	39
II METODOLOŠKI DEO	41
3.1. Predmet istraživanja	41
3.2. Ciljevi istraživanja	43

3.3. Hipoteze istraživanja	45
3.4. Varijable i njihovo operacionalno definisanje.....	50
3.5. Instrumenti istraživanja	52
3.6. Uzorak	57
3.7. Postupak istraživanja	58
3.8. Plan obrade podataka.....	60
III REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	61
4.1. Opis uzorka.....	61
4.2. Deskriptivna analiza primenjenih instrumenata	64
4.3. Poređenje razlika na primenjenim instrumentima između kliničke i kontrolne grupe.....	68
4.4. Faktorska analiza	73
4.5. Povezanost sociodemografskih, nezavisnih i zavisnih varijabli.....	77
4.6. Povezanost opštih i specifičnih nezavisnih i zavisnih varijabli.....	85
4.7. Ispitivanje medijacija u odnosima između nezavisnih i zavisnih varijabli	93
IV DISKUSIJA	119
5.1. Procena doživljaja i prevladavanja problema steriliteta na kliničkom uzorku	120
5.2. Poređenje kliničke i kontrolne grupe	124
5.3. Povezanost sociodemografskih i relevantnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja	127
5.4. Povezanost relevantnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja na celokupnom i kliničkom uzorku.....	130
6. Značaj i ograničenja istraživanja.....	145
7. Praktične implikacije dobijenih rezultata i smernice za buduća istraživanja.....	148
V ZAKLJUČCI.....	154
VI LITERATURA	161
VII PRILOZI.....	188

UVOD

Želja za imanjem deteta i problem neplodnosti deo su života od nastajanja čovečanstva, a opisivani su tokom istorije kroz religiju, mitove, legende, umetnost, literaturu. Značenje roditeljstva i shvatanje steriliteta razlikovalo se kroz istoriju i kulture (Chun i sar., 2003). U prošlosti, deca su se vrednovala prevashodno iz ekonomskih razloga (npr. radna snaga u porodici), ali sa pojavom Industrijske revolucije u 18. veku u Evropi, deca sve više postaju izvor lične sreće. Fokus se usmerava na odnos roditelj-dete, te život bez dece dobija nove psihosocijalne dimenzije. Iako su se vrednovanje i razlozi da se ima dete promenili, kako je svet napredovao od plemenskih i feudalnih socijalnih struktura do urbanizacije i industrijalizacije, deca su sve vreme suštinski bitna (Tyler, 1995). Uprkos istorijskim i kulturnim razlikama, individualna želja da se ima dete motivisana je sledećim:

- 1) Željom za normalnošću (**eng. normalcy desires**) – izjednačavanje odraslog doba ličnosti sa brakom i roditeljstvom;
- 2) Željom za besmrtnošću (**eng. immortality desires**) – ubeđenje da se lična večnost može postići kroz imanje dece, koja služe za produžetak selfa;
- 3) Željom za kvalitetom života (**eng. quality of life desires**) – egzistencijalno izjednačavanje sreće i smisla života sa imanjem dece (Inhorn & Van Balen, 2002).

Kada je reč o reproduktivnom ponašanju i donošenju odluka o rađanju, do značajnih promena dolazi 60-tih i 70-tih godina prošlog veka sa legalizacijom abortusa i razvojem tehnologije i medicine (pouzdana kontracepcija i asistirana reproduktivna tehnologija). Dodatno, ekonomsko jačanje u razvijenim zemljama i proširen izbor karijera za žene, kao i mogućnost odlaganja rađanja, doprineli su tome da se žene udalje od reprodukcije i materinstva kao svog jedinog identiteta i uloge (Jamison i sar., 1979; Shields & Cooper, 1983). Ipak, povećana sloboda reprodukcije nije bila rasprostranjena širom sveta i nije bila bez posledica. Iako su problemi sa plodnošću prisutni od začetka ljudske civilizacije,

odlaganje rađanja doprinelo je povećanom broju žena koje traže medicinske tretmane zbog nemogućnosti začeća. Zatim, razvoj medicine i tehnologije značajno je unapredio tretman steriliteta. Ipak, industrijalizacija, globalizacija i povećana dostupnost asistiranu reproduktivne tehnologije uticali su i na stratifikaciju reprodukcije – medicinski tretmani steriliteta nisu svima podjednako geografski i finansijski dostupni (Hammer Burns & Covington, 2006).

Sterilitet je od strane Svetske zdravstvene organizacije prepoznat kao pitanje javnog zdravlja (WHO, 2006). Često se identifikuje kao hronično oboljenje, s obzirom da se u većini slučajeva javlja kao posledica anatomskih ili fizioloških disfunkcija ženskog i/ili muškog reproduktivnog sistema (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2004), a lečenje odlikuju neizvesnost i posvećenost intenzivnim i dugotrajnim tretmanima koji mogu značajno uticati na porodične, socijalne i profesionalne aktivnosti pojedinca (Ramya, 2014). Međutim, postoje neke karakteristike koje sterilitet razlikuju od drugih fizičkih oboljenja:

- 1) nisu prisutni fizički simptomi niti bol;
- 2) parovi ne definišu sebe kao one koji imaju problem ukoliko ne doživljavaju roditeljstvo kao željenu socijalnu ulogu;
- 3) često se doživljava kao stanje koje utiče na par u celini, bez obzira na uzrok;
- 4) prisustvo steriliteta se opaža, ne na osnovu prisustva patoloških simptoma, već na osnovu odsustva željenog stanja;
- 5) ne postoji realna opasnost ili pretnja životu, te parovi mogu da izaberu da li žele da idu na lečenje.

Ipak, parovi sa problemom steriliteta doživljavaju nivo stresa i emocionalne reakcije slične onima koje ispoljavaju pacijenti koji se leče od raka, hipertenzije i drugih hroničnih bolesti (Jurado i sar., 2008; Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010).

U različitim kulturama sterilitet se prepoznaje kao kriza koja ima potencijal da ugrozi stabilnost pojedinca, odnosa i zajednice (Rosenblatt i sar., 1973). Problem steriliteta predstavlja, ne samo medicinsko, već i socijalno i emocionalno stanje. Posebno bolno i izazovno za par i/ili pojedinca jeste situacija u kojoj, uprkos primeni svih kulturno prihvatljivih i dostupnih načina tretmana, problem i dalje perzistira. Nemogućnost da se postane roditelj, uprkos snažnoj želji i trudu, predstavlja iskustvo dubokog gubitka i patnje i

za žene i za muškarce, utiče na njihovo emocionalno blagostanje, bračnu stabilnost, odnose sa porodicom, društveni položaj i religioznost (Hammer Burns & Covington, 2006). Dok se ranije smatralo da je za problem steriliteta uglavnom odgovorna žena, danas se prepoznaje da uzroci mogu biti muški i ženski faktori, kao i da u nekim slučajevima ne postoji biološka osnova problema. Ipak, često žene i dalje snose značajno veći medicinski, socijalni i kulturni teret. To je postalo još izraženije sa pojavom asistiranu reproduktivnu tehnologiju, gde kroz invazivne metode lečenja uglavnom prolaze žene, bez obzira na uzrok (Marsh & Ronner, 1996).

Sterilitet predstavlja stresor koji uključuje interakciju između predisponirajućih fizičkih faktora, medicinskih intervencija, individualnih psihičkih karakteristika i reakcija drugih (Taymor & Bresnick, 1979). Osobe mogu iskusiti jedan akutni stresor (kriza) kao što su dijagnoza i uzrok steriliteta. Ipak, za većinu parova sterilitet predstavlja hronični stresor povezan sa emocionalnim distresom, zahtevima tretmana i događajima koji se akumuliraju tokom dužeg vremenskog perioda, a koji zahtevaju primenu različitih strategija prevladavanja za uspešno adaptiranje i održavanje emocionalne i bračne ravnoteže (Hammer Burns & Covington, 2006). Sterilitet se doživljava stresno iz više razloga, kao što su: onemogućavanje ili odlaganje značajnog životnog cilja (imati dete), bračni problemi, sporedni efekti medikamenata, nepodudaranje stope uspeha tretmana i očekivanja pacijenata, nepredvidivost, negativnost i nedostatak kontrole. Zatim, medicinski tretman steriliteta može biti invazivan, dugotrajan, bolan, neprijatan, skup, i može značajno uticati i na seksualni i reproduktivni život para, kao i na njihovu finansijsku situaciju (Stanton, 1991; Klock, 2006). Procedure dijagnoze i tretmana tehnički su veoma komplikovane, osobe su suočene sa novim terminima i svetom medicinske tehnologije, cikličnim zahtevima tretmana, neizvesnošću, nepoznanicama i činjenicom da mnogo toga zavisi od spoljašnjih faktora (Ramya, 2014). Izbori koje uključuju medicinski tretmani – koju opciju izabrati i koliko dugo se lečiti, mogu biti preplavljujući, zastrašujući i stresni. Dodatno, mnogi tretmani uključuju detaljno praćenje koje zahteva česte posete lekarima, što može negativno uticati na profesionalne obaveze i odsustva sa posla. Žene koje piju lekove za plodnost izveštavaju o sporednim efektima kao što su: umor, mučnina, nadutost, glavobolje, preznojavanje, iritabilnost, depresija, anksioznost (Jacobs & O'Donohue, 2007).

Stres povezan sa sterilitetom utiče na mnoge aspekte života – emocionalni, socijalni, bračni, seksualni (Schmidt i sar., 2005). Dok 50% parova problem steriliteta opisuje kao najuznemirujuće iskustvo u životu (Freeman, Rickels & Tausig, 1987), čak njih 80% doživljava problem sa sterilitetom kao stresno ili veoma stresno iskustvo (Mahlstedt i sar., 1987; Redshaw i sar., 2007). Mnoge žene doživljavaju tretman steriliteta kao najstresnije iskustvo u životu – stresnije od gubitka voljene osobe ili razvoda (Mahlstedt i sar., 1987). U kojoj meri će sterilitet biti doživljen kao stresno iskustvo zavisi od različitih faktora, a neki od faktora rizika su sledeći:

- 1) lični faktori - istorija psihopatologije, primarni sterilitet, ženski pol, doživljavanje roditeljstva kao centralnog životnog cilja, generalna upotreba izbegavajućih strategija prevladavanja;
- 2) socijalni faktori - loš bračni odnos, nerazvijena socijalna mreža, situacije i ljudi koji podsećaju osobe na sterilitet;
- 3) faktori povezani sa tretmanom - sporedni efekti povezani sa primenom lekova, neuspeh tretmana, pobačaji, donošenje odluka o početku i završetku tretmana (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2004; Boivin & Schmidt, 2005; Gourounti i sar., 2012).

Najčešće je reč o kombinaciji faktora, pa se reakcije na probleme sa sterilitetom mogu najbolje razumeti kao kontekstualno određene interakcijom između interpersonalnih odnosa, fizioloških parametara, protektivnih i faktora rizika, kulturnih očekivanja i individualnih resursa prevladavanja (Sexton i sar., 2010).

I TEORIJSKI DEO

Sterilitet

Sterilitet se definiše kao nemogućnost ostvarivanja trudnoće nakon najmanje godinu dana redovnih, nezaštićenih seksualnih odnosa. Uglavnom se dijagnostikuje posle 12 meseci neuspešnog pokušavanja začeća ako je žena mlađa od 34 godine, ili nakon šest meseci ukoliko je žena starija od 35 godina ili ima istoriju ponavljanih pobačaja (WHO, 2014). Ovaj vremenski okvir određen je na osnovu podataka da približno 20-25% mladih parova ostvari trudnoću u prvih mesec dana, njih 60-70% nakon pola godine, a 80-85% u periodu od 12 meseci redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa (Olsen, 1990). Zatim, 90% parova ostvariće trudnoću u periodu od 18 meseci, a njih 95% nakon dve godine pokušavanja začeća (NCC WHC, 2004). Kada je reč o periodu od godinu dana redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa, procenjuje se da će 80% parova ostvariti trudnoću ukoliko je žena mlađa od 39 godina, odnosno njih 85% ukoliko je žena mlađa od 35 godina (NCC WHC, 2013).

Sterilitet može biti primaran i sekundaran. *Primarni sterilitet* odnosi se na nemogućnost začeća, bilo zbog nemogućnosti da žena ostane gravidna ili zbog nemogućnosti da iznese trudnoću do rođenja živog deteta, bez postojanja prethodnih trudnoća. *Sekundarni sterilitet* odnosi se na nemogućnost začeća (zbog nemogućnosti da žena ostane gravidna ili da iznese trudnoću do rođenja živog deteta) nakon postojanja prethodne trudnoće bez obzira na njen ishod (da li je žena iznela trudnoću do rođenja živog deteta ili je pobacila). Procena i tretman parova sa primarnim i sekundarnim sterilitetom, kao i uzroci, uglavnom su slični (Soto & Copperman, 2011). Kao markeri plodnosti mogu se izdvojiti: verovatnoća začeća u okviru jednog menstrualnog ciklusa i dužina vremena tokom meseca koja je potrebna paru za začeće (Soto & Copperman, 2011).

Sterilitet predstavlja biopsihosocijalni fenomen, čiji su medicinski, psihološki i sociokulturni aspekti nerazdvojni. Biološki aspekti odnose se na fizičke uzroke i

medicinske intervencije koje su neophodne za lečenje. Psihološki aspekti podrazumevaju različite kognitivne, emocionalne i bihevioralne reakcije osobe, dok socijalni uključuju promene u interpersonalnim odnosima, stigmatizaciju osoba sa sterilitetom i činjenicu da je još uvek u mnogim sredinama ovo i dalje tabu tema. S obzirom da dijagnoza i tretman steriliteta utiču na psihički, partnerski, socijalni, profesionalni, duhovni i finansijski aspekt života, naglasak je na holističkom pristupu (Omu & Omu, 2010).

Psihosocijalne reakcije na problem steriliteta

Većina parova pretpostavlja da može začeti kada to poželi i koristi različita kontraceptivna sredstva kako bi sprečili i odložili trudnoću. Stoga, kontinuirani neuspešni pokušaji začeća povezani su sa razočarenjem i iznenađenjem kod partnera (Pedro & Andipatin, 2014). Kao reakcija na dijagnoze steriliteta, parovi često najpre ispoljavaju šok, nevericu i poricanje. Skloni su da odbijaju da poveruju da se to dešava njima, te neuspehe povezuju sa stresom i drugim životnim događajima, ili sumnjaju u tačnost rezultata, zbog čega posećuju različite lekare očekujući drugačije procene. Osim toga, dok neki parovi umanjuju izraženost želje za roditeljstvom, drugi se okreću poslu i preterano okupiraju sebe kako bi skrenuli misli sa problema. Sterilitet može uzdrmati nečije duhovne temelje, kao i verovanje da se visoko željeni cilj može postići trudom i zalaganjem (Jacobs & O'Donohue, 2007).

Problem steriliteta može se doživljavati kao narcistička povreda i simbolički gubitak sebe. Povezan je sa promenom doživljaja sebe, kao i sa osećajem beznadežnosti i sramote. Žene se često osećaju neadekvatno i defektno zbog neuspeha da ispune ličnu i socijalnu ulogu, dok se muškarci osećaju inferiorno, posramljeno, besno (Leon, 1990). Sterilitet se doživljava u kontekstu promene interpersonalnih odnosa, posebno porodičnih (Goffman, 1963). Predstavlja međugeneracijsku porodičnu razvojnu krizu, s obzirom da onemogućava kretanje para, ali i ostalih članova porodice, ka narednoj fazi bračnog i porodičnog života (npr. „proširenje porodice“) (Daly, 1999).

Tokom neuspešnih pokušaja začeća i lečenja steriliteta prisutni su mnogi emocionalni i fizički stresori. Parovi često doživljavaju emocionalni distres, gubitak kontrole, socijalnu izolaciju, stigmatu (Becker, 2000; Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010). Na početku tretmana još uvek postoji snažna nada, u središnjoj fazi parovi mogu ispoljiti anksioznost i depresiju zbog ponavljanih neuspeha, dok su kod dužeg lečenja prisutni kompenzatorni emocionalni mehanizmi koji prilagođavanje i prevladavanje problema čine lakšim (Guz i sar., 2003). Uobičajena metafora koja se koristi da se opiše borba sa sterilitetom jeste “emocionalni rolerkoster”, odnosno obrazac povišenih očekivanja i nada tokom perioda potencijalnih plodnih dana ili tretmana koje prati razočarenje kada ne dođe do trudnoće (Hammer Burns & Covington, 2006). Ovaj ciklus nada i razočarenja može biti još stresniji u situacijama gde nije utvrđen uzrok steriliteta (Sultan, 2009). Metafora ističe i osećaj nemogućnosti kontrole, odnosno nemogućnosti da se “siđe sa rolerkosterom dok je u pokretu ili da se promeni brzina” (Hammer Burns & Covington, 2006). Tretman steriliteta opisuje se kao preplavljujuće iskustvo koje dominira svakodnevnom rutinom (Daniluk, 2001; Redshaw i sar., 2007). Za većinu parova, problem steriliteta postaje centralna tema razgovora i svakodnevnih aktivnosti, a često se isključuju drugi značajni aspekti života (Domar & Seibel, 1997; Nicols & Pace-Nicols, 2000).

Procenjuje se da se prevalenca psihijatrijskih poremećaja (najviše su zastupljeni anksioznost i depresija) među parovima koji imaju problem sa sterilitetom kreće u rasponu od 25-60% (Dyer i sar., 2005; Noorbala i sar., 2007; Amani-Vamarzani, Dusti & Hassanzadeh, 2013). Psihološki problemi više su prisutni kod žena nego kod muškaraca (30.8% vs 10.2%) (Volgsten i sar., 2008). Zatim, žene koje su išle na tretman vantelesne oplodnje imaju 0.56 puta više problema sa mentalnim zdravljem u poređenju sa ženama iz kontrolne grupe (Stewart i sar., 2015).

Anksioznost

Tokom prevladavanja steriliteta parovi često ispoljavaju anksioznost. Najpre, kada se suoče sa dijagnozom, plaše se uzroka problema, toga kako će sterilitet uticati na bračni odnos, nemogućnosti da iskuse trudnoću, porođaj, roditeljstvo. Zatim, anksioznost se uglavnom intezivira svakog meseca kada se ponovo pruža prilika za začeće tokom perioda ovulacije i kada parovi anticipiraju još jedan potencijalni gubitak ili neuspeh (Jacobs & O'Donohue, 2007). Tretman steriliteta koji dugo traje povezan je sa anksioznošću povodom završetka i ishoda lečenja (Sultan & Tahir., 2011).

Parovi suočeni sa problemom steriliteta ispoljavaju više nivoe anksioznosti u poređenju sa kontrolnom grupom (Kazandi i sar., 2010), kao i žene koje se leče od steriliteta u poređenju sa kontrolnom grupom žena (Klemetti i sar., 2010; Noorbala i sar., 2007; Makanjuola, 2010). Prevalenca anksioznih poremećaja među osobama sa problemom sa sterilitetom kreće se u rasponu od 13-86,8%, a najzastupljeniji je generalizovani anksiozni poremećaj (Chen i sar., 2004; Ramezanzadeh i sar., 2004; Omu & Omu, 2010). Anksioznost je najmanje izražena u periodu od jedne do tri godine trajanja steriliteta, a najviše sedam do devet godina nakon dijagnoze (Ramezanzadeh i sar., 2004). Anksioznost ima negativan uticaj na plodnost (Demyttenaere i sar., 1988), dok je redukcija simptoma povezana sa povećanjem stope trudnoće (Sarrel & Decherney, 1985; Rodriguez i sar., 1983).

Depresija

Sterilitet uključuje gubitak, bez obzira da li je reč o dubokom gubitku nakon dijagnoze ili postepenoj akumulaciji gubitaka tokom vremena. Gubici povezani sa sterilitetom mogu uključivati gubitak zdravlja pojedinca/para, fizičkog i psihičkog blagostanja, statusa, samopouzdanja, sigurnosti, gubitak privatnosti i kontrole nad svojim telom, pobačaje (Lukse & Vaac, 1999). Problem steriliteta ugrožava i mladalačke nade i želje za trudnoćom, biološkim roditeljstvom, životnim ciljevima i planovima vezanim za budućnost (Jacobs & O'Donohue, 2007). Partneri često doživljavaju snažan osećaj beznadežnosti, gubitak interesovanja, preispituju značenje svog života, svoju svrhu i

vrednost života bez dece (Pedro & Andipatin, 2014). Tuga i žaljenje predstavljaju prirodne reakcije na gubitke povezane sa sterilitetom. Međutim, parovi često ispoljavaju simptome depresije koja ima negativan uticaj na plodnost i tretman (Ashkani, Akbari & Heydari, 2006).

Depresija je više prisutna među parovima sa sterilitetom (Ashkani, Akbari & Heydari, 2006), kao i među ženama koje idu na tretman steriliteta (Noorbala i sar., 2007; Makanjuola, 2010) u poređenju sa kontrolnim grupama. Prevalenca depresije među osobama sa problemom steriliteta kreće se u rasponu od 17-53% (Domar i sar., 1992; Ramezanzadeh i sar., 2004; Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Shahid, 2009). Intenzitet depresije povezan je sa dužinom tretmana. Žene koje se leče od steriliteta dve do tri godine, ispoljavaju značajno više simptome depresije u poređenju sa ženama koje se leče manje od jedne ili duže od šest godina (Spitzer i sar., 1992).

Bes

Kako vreme prolazi i povećava se broj neuspelih pokušaja začeća, kod partnera su sve više prisutni bes i frustracija. Bes je povezan sa osećajem gubitka kontrole nad svojim telom, emocijama i životom, ali i sa činjenicom da je potrebno deliti lične informacije, istorije i seksualno funkcionisanje iznova i iznova sa medicinskim osobljem, dok se par oseća osetljivo i bespomoćno. Bes je često usmeren i na partnera zbog toga što je uzrok problema, zbog toga što ne pokazuje razumevanje i podršku ili deluje kao da mu nije dovoljno stalo. Može biti usmeren i na osobe koje nemaju problem sa sterilitetom, posebno ukoliko ispoljavaju neosetljivost, ali i na sebe, u kontekstu ispoljavanja očekivanog osećanja ljubomore prema ženama koje su trudne ili parovima koji imaju decu (Jacobs & O'Donohue, 2007).

Socijalno povlačenje

Pričanje o problemu steriliteta može biti veoma teško i uznemirujuće, pa se parovi koji žele da sačuvaju privatnost i izbegnu osetljive teme i komentare fizički i emocionalno povlače iz socijalnih situacija. Često se osećaju otuđeno od rođaka i prijatelja koji dobiju dete i izbegavaju dečije rođendane, praznike i trudnice, koji mogu biti bolni podsetnici problema. Dodatni izvor stresa predstavljaju pitanja porodice i prijatelja o planovima i pritisci da se ima dete (Jacobs & O'Donohue, 2007).

Problemi u partnerskom odnosu

Sterilitet je povezan i sa brojnim problemima u partnerskom odnosu (Newton i sar., 1999; Peterson, Gold & Feingold, 2007). Parovi suočeni sa sterilitetom, u poređenju sa kontrolnom grupom parova, ispoljavaju niže nivoe bračnog i seksualnog zadovoljstva (Sultan & Tahir., 2011). Značajne stresore predstavljaju razlike u prevladavanju, razmišljanju i vrednostima partnera, polne razlike, kao i razlike povezane sa uzrokom steriliteta. Zatim, stresno je i donošenje odluka o daljim postupcima i opcijama, kao i svakodnevno upražnjavanje aktivnosti povezanih sa tretmanom (npr. davanje injekcija partneru) (Jacobs & O'Donohue, 2007). Konflikti povezani sa sterilitetom su česti, kao i osećanje nedostatka podrške i razumevanja, ili osećaj da partner nije dovoljno posvećen (Mahlstedt, 1985; Spencer, 1987). Sa druge strane, sterilitet može biti povezan i sa bračnom dobiti, jer predstavlja zajednički problem koji podstiče partnere da komuniciraju, zajedno pronalaze moguća rešenja i dele emocije, što doprinosi intimnosti i bliskosti odnosa (Holter i sar., 2006).

Značajno je istaći da, kod mnogih parova kod kojih se bračno zadovoljstvo nije promenilo, narušeno je seksualno funkcionisanje (Lalos i sar., 1985). Rasporedi seksualnih odnosa, merenje bazalne telesne temperature, anksioznost, sporedni efekti lekova za plodnost, bolne medicinske procedure, mogu negativno uticati na seksualno funkcionisanje para (Jacobs & O'Donohue, 2007). Duži pokušaji začeca povezani su sa nižim nivoom seksualnog zadovoljstva (Lee i sar., 2001).

Polne razlike u reakcijama na problem steriliteta

Generalno gledano, žene doživljavaju snažnije negativne reakcije na problem steriliteta, ispoljavaju više nivoa stresa i veći pad u samopouzdanju u poređenju sa muškarcima (Connolly, Edelman & Cooke, 1987; Hsu & Kuo, 2002; Slade O'Neill, Simpson, & Lashen, 2007). Među ženama su više izraženi i simptomi depresije, anksioznosti i besa (Wichman i sar., 2009; Van den Broeck i sar., 2010; Shahid, 2009; Omu & Omu, 2010). Žene koje imaju problem sa sterilitetom izveštavaju o nižem kvalitetu života (Moura-Ramos i sar., 2010) i više izraženom bračnom nezadovoljstvu (Valsangkar i sar., 2011) u odnosu na muškarce. Ispoljavaju i veći pad seksualnog zadovoljstva nego muškarci, kako se tretman prolongira, što je povezano sa invazivnim i intruzivnim tretmanima koji mogu uticati na doživljaj njihove seksualnosti (Jacobs & O'Donohue, 2007). Zatim, žene ispoljavaju više skorove na skalama somatizacije, opsesivnih simptoma, interpersonalne osetljivosti i fobije u poređenju sa muškarcima, ali i više njih veruje da im psihološka pomoć može koristiti pri prevladavanju problema (77% vs 48%) (Kissi i sar., 2013).

Glavni faktori povezani sa emocionalnim distresom u kontekstu steriliteta kod žena su: intenzitet želje za majčinstvom, internalizacija ženske uloge (društvo naglašava jaču povezanost između vrednosti žene i materinstva), socijalni pritisak (Applegarth, 2006; Jacobs & O'Donohue, 2007), osećaj usamljenosti, invazivna priroda tretmana steriliteta, finansijski i seksualni faktori (Cousineau i sar., 2006; Noorbala i sar., 2007).

Epidemiologija

Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da 8-12% parova širom sveta ima poteškoća prilikom začeća. Svaki peti par (20%) doživeće problem steriliteta, odnosno nemogućnost da žena začne ili iznese trudnoću nakon godinu dana redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa (WHO, 1991).

Stopa steriliteta varira, od oko 5-15% u nekim razvijenim zemljama, do oko 30% u podsaharskoj Africi (Ombelet i sar., 2008; Rutstein & Shah, 2004). Zastupljenost primarnog steriliteta širom sveta je od 1-8%, a sekundarnog i do 35% (Datta & Okonofua, 2002).

Učestalost ženskog steriliteta je u porastu i kreće se u rasponu od 10-20% (Romero i sar., 2008). Sedamdeset dva miliona žena širom sveta ima problem sa sterilitetom i većina njih živi u razvijenim zemljama (Boivin i sar., 2007; WHO, 2010). Prevalenca primarnog steriliteta iznosi 0,6-3,4%, a sekundarnog 8,7-32,6% (Kumar, 2007). Među ženama starosti 19-26 godina procenat steriliteta iznosi 8%, na uzrastu 27-34 godina je 13-14%, dok je među ženama starosti 35-39 godina 18% (Soto & Copperman, 2011).

Približno 75% parova koji imaju problem sa sterilitetom potražiće neki vid tretmana (Sadler & Syrop, 1998). Među parovima koji zatraže lečenje, procenjuje se da će njih 50-60% ostvariti trudnoću, u poređenju sa 5% parova koji ne zatraže medicinski tretman (Andrews, Abbey & Halman, 1991). Oko 10-15% parova ima problem sa sterilitetom i nakon ispitivanja i lečenja, a njih 3-5% ostane bez dece (Van Moffaert & Finoulst, 2001). Procenat žena koje zbog steriliteta i nemogućnosti istrajavanja tokom tretmana ostanu bez dece povećava se sa godinama starosti: 8% žena mlađih od 30 godina ostane bez dece, u poređenju sa 35% žena starijih od 30 godina (Kraaij, Garnefski & Vlietstra, 2008).

Iako je utisak da su problemi steriliteta postali učestaliji, neki podaci ukazuju da to nije slučaj u razvijenim zemljama. Zapravo, povećao se broj onih koji traže medicinske usluge, veći je publicitet i svesnost javnosti o ovom problemu (Keye, 2006).

Etiologija

Sterilitet se u oko 40% slučajeva objašnjava nekim od faktora vezanim za ženski ili muški pol, a u 10% zajedničkim uzrocima. U oko 10% slučajeva steriliteta ne postoje medicinski uzroci, odnosno ne mogu se otkriti neki od bioloških faktora (Zuraida, 2010).

Od faktora koji uzrokuju sterilitet kod žena: 40% su mehanički – urođene ili stečene lezije materice, jajovoda, grlića materice i vagine; 40% spada u hormonske – poremećaj ovulacije, menstruacije (amenoreja ili neredovni ciklusi), disfunkcije jajnika; 10% faktora se odnosi na opšti zdravstveni problem – poremećaj rada endokrinih žlezda (tireoidna, nadbubrežna, hipotalamus, hipofiza), ekstremna gojaznost, ishrana (Zuraida, 2010). Glavni uzroci steriliteta kod muškaraca su: poremećaj spermograma (kvalitativne i kvantitativne promene spermatozoida), impotencija ili erektilna disfunkcija, problem ejakulacije i imunološki problemi. Značajno je uzeti u obzir da je kod oko 15% parova prisutno više od jednog uzroka steriliteta (Keye, 2006). Kod oko 10% parova koji pokušavaju da ostvare potomstvo ne postoji lako uočljiv uzrok steriliteta i primenom različitih testova nijedan od prethodno navedenih neće biti utvrđen. Kod značajno većeg procenta parova utvrđene su male biološke abnormalnosti, koje nisu dovoljno ozbiljne da bi rezultirale sterilitetom (American Society for Reproductive Medicine, 2012). Neobjašnjen sterilitet ne predstavlja dijagnozu, već pre kvalifikaciju situacije u kojoj je par pokušavao da ostvari oplodjenje duže od godinu dana bez uspeha (Lambalk, van der Steeg & Steures, 2011).

Sa problemom steriliteta povezani su i različiti faktori rizika kao što su godine starosti i odlaganje rađanja, neuhranjenost ili prekomerna telesna težina, intenzivna fizička aktivnost, preterana konzumacija alkohola, cigareta, kafe, izloženost zagađivačima sredine, vreme seksualnih odnosa, medicinska stanja (dijabetes, poremećaji tiroidne žlezde, kancer) (Jacobs & O'Donohue, 2007). Značajan je i psihološki stres, posebno hronični, koji može negativno uticati na plodnost na dva načina: direktno – uticajem na hipotalamus-hipofizu i preko spazma jajovoda, i indirektno – preko vaginizma, dispareunije i frigidnosti (Taymor & Bresnick, 1979). Važno je istaći da navedeni faktori rizika, u zavisnosti od drugih značajnih bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca, mogu negativno uticati na plodnost.

Tretman steriliteta

U tretman steriliteta potrebno je uključiti tim profesionalaca koji čine: lekar opšte prakse, internista, urolog, ginekolog-akušer ili specijalista ženskog steriliteta – reproduktivni endokrinolog koji utvrđuje plan tretmana, nadzire brigu o pacijentu, vrši operacije i tretmane, zatim embriolog zadužen za oplodnju jajnih ćelija i rast embriona, laboratorijsku procenu i pripremu sperme za intrauterinu inseminaciju, i medicinske sestre. Mnogi timovi uključuju i profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja, poput socijalnog radnika i/ili psihologa, koji obavljaju psihološku i socijalnu procenu para, edukaciju, psihološko savetovanje, pružanje podrške u pripremi za asistiranje reproduktivne tehnologije (Keye, 2006).

Tretman steriliteta zavisi od dijagnoze i obuhvata promenu životnih navika, primenu antibiotika i lekova za plodnost, hormonsku terapiju, hirurške intervencije, asistiranu reproduktivnu tehnologiju (intrauterina inseminacija i vantelesna oplodnja). Lečenje može biti povezano i sa određenim rizicima i komplikacijama, kao što su nuspojave lekova, sindrom hiperstimulacije jajnika, uvijanje jajnika, tromboembolizam, ektopična/heterotopična trudnoća, krvarenje, infekcije, povrede drugih organa, dijabetes u trudnoći, psihološki stres, prevremen porođaj, mala težina bebe na rođenju, perinatalna smrtnost (Delle Piane i sar., 2011).

Prema preporuci Evropskog društva za humanu reprodukciju i embriologiju (European Society for Human Reproduction and Embryology), psihološko savetovanje parova sa problemom steriliteta definisano je zakonom i predstavlja obavezni deo lečenja u mnogim zemljama (Boivin & Kentenich, 2002). S obzirom da oko 15-20% parova doživljava asistiranu reproduktivnu tehnologiju kao stresnu, psihološko savetovanje obuhvata procenu, edukaciju, intervencije u krizi i pružanje podrške kako bi se smanjio stres povezan sa sterilitetom i poboljšao kvalitet života (Boivin & Kentenich, 2002). U oblasti problema i tretmana steriliteta primenjuju se individualni, bračni i grupni oblici psihološkog savetovanja/psihoterapije. Individualno savetovanje korisno je kada je reč o ličnom stresu i disfunkciji (Hammer Burns & Covington, 2006) i može se usmeriti na:

reflektovanje individualnih problema i porodične istorije, redukciju stresa i disfunkcionalnih emocionalnih i bihejvioralnih reakcija, prihvatanje situacije, značenje i uticaj steriliteta, rad na selfkonceptima za budućnost, razvoj strategija prevladavanja (Boivin i sar., 2001). S obzirom da problem steriliteta uglavnom predstavlja „problem para“, primenjuje se i bračno savetovanje, posebno kada su izraženi partnerski problemi koji se odnose na komunikaciju, donošenje odluka i rešavanje konflikata. Grupna terapija je posebno korisna jer pojedincima i parovima omogućava validaciju i deljenje iskustava sa drugima, smanjivanje osećaja izolacije i stigamizacije, pružanje bitnih relevantnih informacija (Hammer Burns & Covington, 2006).

Brojne studije utvrdile su efikasnost psihoterapije u tretmanu psiholoških reakcija povezanih sa sterilitetom, ali i u poboljšanju stope trudnoće. Najviše empirijski proverena psihoterapija koja se pokazala kao veoma uspešna jeste kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT). Efikasnost KBT-a utvrđena je kada je reč o smanjenju stresa povezanog sa sterilitetom, simptomima depresije, anksioznosti, besa i bračnog distresa (de Liz & Strauss, 2005; Domar i sar., 2000). S obzirom da je povišeni nivo stresa pre ili tokom vantelesne oplodnje povezan sa lošijim biološkim odgovorom i/ili smanjenom stopom začeća (Smeenk i sar., 2001), psihosocijalne intervencije često se ističu kao značajan indirektan način povećanja stope trudnoće (Domar & Dreher, 1996). Među parovima koji su išli na psihoterapiju (KBT) veća je stopa začeća u poređenju sa kontrolnom grupom parova (Faramarzi i sar., 2013; Abedinia, Ramezanzadeh & Noorbala., 2009). Verovatnoća ostvarivanja trudnoće nakon psihoterapije značajno je veća među parovima sa neobjašnjenim sterilitetom (Abedinia, Ramezanzadeh & Noorbala, 2009). Tehnike KBT-a koje su se pokazale kao efikasne u tretmanu psihičkih simptoma povezanih sa sterilitetom uključuju: psihoedukaciju, trening relaksacije, kognitivnu restrukturaciju, vežbe imaginacije, izražavanje emocija, veštine rešavanja problema, razvijanje socijalnih veština, fizičku aktivnost, režim ishrane, planiranje slobodnog vremena u skladu sa interesovanjima (Domar i sar., 2000; Mosalanejad i sar., 2012; Faramarzi i sar., 2013). Posebno je značajno i pružanje proceduralnih informacija o tehničkim aspektima tretmana, koje olakšava prevladavanje steriliteta i njegovog lečenja (Wischmann, 2008; Haemmerli i sar., 2008).

Transakcioni model stresa i prevladavanja u kontekstu steriliteta

Transakcioni model stresa i prevladavanja (**eng.** *Transactional model of stress and coping* - Lazarus & Folkman, 1984) najčešće se primenjuje u kontekstu problema steriliteta i razumevanja različitih reakcija na problem, s obzirom da uzima u obzir individualne razlike (faktore ličnosti) i sredinske uticaje prilikom procene reakcija na određene situacije. Prema ovoj teoriji, u stresnim situacijama, u odnosu između prethodnika (lični resursi osobe, objektivni zahtevi i situaciona ograničenja) i efekata (emocije i fiziološke promene, kao i dugoročno psihičko blagostanje, somatsko zdravlje i socijalno funkcionisanje), značajna je medijaciona uloga kognitivnih procena i mehanizama prevladavanja (Lazarus, 1991). Stresni stimulus podstiče primarnu procenu koja utiče na emocionalno reagovanje, i sekundarnu procenu koja dalje utiče na proces prevladavanja. Povratno, proces prevladavanja utiče na odnos između osobe i stresnog okruženja, koje se ponovo procenjuje, što vodi do promene u emocionalnom odgovoru (Lazarus & Folkman, 1984).

Primena teorije stresa na problem steriliteta pruža bolje razumevanje sledećeg:

- uslova pod kojim se sterilitet opaža kao stresno iskustvo;
- faktora koji olakšavaju ili otežavaju adaptaciju parova i pojedinaca (npr. identifikovanje optimalnih strategija prevladavanja);
- smernica u definisanju onoga šta predstavlja uspešno psihološko prilagođavanje na sterilitet;
- terapijskih intervencija koje mogu biti korisne za bolje rezultate tretmana i/ili smanjenje stresa (Hammer Burns & Covington, 2006).

Proces procene stimulusa

Fundamentalni aspekt Transakcionog modela stresa i prevladavanja je kognitivni proces procene. Procena se definiše kao evaluacija značajnosti događaja ili stimulusa u odnosu na blagostanje osobe. Predstavlja dinamičan proces koji se sastoji od procene zahteva (primarna procena) i procene resursa (sekundarna procena), koje zajedno doprinose individualizaciji procesa evaluacije značenja i značaja događaja ili stresora. Obe procene utiču jedna na drugu i određuju stepen i vrstu reakcije na stresor (Lazarus & Folkman, 1984).

Primarna procena odnosi se na to koliko je situacija relevantna za lični cilj/vrednost i u kojoj meri je taj lični cilj/vrednost ugrožen (Lazarus & Folkman, 1984). Stresor se može evaluirati kao: 1) irelevantan, 2) benignan/pozitivan – očekuje se da rezultira očuvanjem ili unapređenjem blagostanja, 3) stresan – očekuje se da negativno utiče na blagostanje. Zatim, događaji ili stimulusi koji se procene kao stresni mogu se doživeti kao: povreda/gubitak (bliske osobe, značajnih objekata, samopoštovanja, socijalnog statusa), pretnja (opaža se opasnost i anticipira se povreda/gubitak), izazov (procena se fokusira na potencijalni dobitak ili lični rast i olakšava se mobilizacija fizičke i mentalne aktivnosti) (Schwarzer, 2001). Procene pretnje i izazova mogu se javiti istovremeno za isti stresor (Lazarus & Folkman, 1984). Sterilitet se uglavnom opaža kao nešto što je potencijalno štetno za oba partnera (npr. gubitak roditeljske uloge). Ponekada, osim kao pretnju, parovi problem sa sterilitetom doživljavaju i kao izazov, odnosno nešto korisno (npr. osnaživanje bračnog odnosa) (Stanton, 1991).

Sekundarna procena predstavlja složeni proces razmatranja svih mogućnosti prevladavanja, evaluaciju verovatnoće da će određene strategije dovesti do željenog ishoda i da će biti uspešno primenjene (Lazarus & Folkman, 1984). Definiše se kao proces koji određuje oblik prevladavanja, ali i kao kognitivna priprema prevladavanja (Lazarus 1966). Odnosi se na razmatranje dostupnih mogućnosti prevladavanja prilikom suočavanja sa zahtevima, i odražava uverenja osobe o sopstvenim sposobnostima za preduzimanje određene akcije i ispunjenje zadatih zahteva situacije (Bandura, 1997). Osoba procenjuje

svoju kompetenciju, socijalnu podršku, materijalne i druge resurse koji joj mogu pomoći prilikom adaptacije na okolnosti i ponovnog uspostavljanja ravnoteže u organizmu, ali i sa sredinom (Schwarzer, 2001). Jedan značajan vid sekundarne procene je samoeфикаsnost, s obzirom da može podstaći uspešnu primenu identifikovanih i izabranih strategija prevladavanja. Uverenja o samoeфикаsnosti su ključna osnova delovanja, jer bez verovanja osobe da će akcije dovesti do željenog ishoda, podsticaj za delovanje biće nizak (Lazarus & Folkman, 1984). Procene zahteva situacije kao ugrožavajućih (primarna procena) i ličnih resursa kao nedovoljnih za ефикасно prevladavanje tihi zahteva (sekundarna procena) povezane su sa negativnim emocionalnim (Lee-Flynn i sar., 2011; Nezelek i sar., 2008) i endokrinim (Dickerson & Kemeny, 2004; Gaab i sar., 2005) reakcijama na stresor. U kontekstu problema sa sterilitetom sekundarna procena može obuhvatiti uključivanje u medicinska ispitivanja i razmatranje opcija tretmana, procenu raspoloživih finansijskih i ličnih resursa za lečenje steriliteta, procenu socijalne podrške i uključivanje u grupe podrške ili ispoljavanje emocija u partnerskom odnosu kao vid prevladavanja problema (Van den Broeck i sar., 2010). Sekundarna procena uključuje i evaluaciju onoga šta je relevantno i na šta se može uticati u kontekstu problema sa plodnošću, kao i procenu sopstvenih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih veština povezanih sa lečenjem steriliteta (Cousineau i sar., 2006).

Rezultujući stres

Prema stanovištu Transakcionog modela stresa i prevladavanja, stres se određuje kao odnos između osobe i okruženja za koje se procenjuje da prevazilazi resurse pojedinca i ugrožava njegovo blagostanje (Lazarus & Folkman, 1984). Ovakva definicija stresa prevazilazi nedostatke prethodnih u kojima se stres konceptualizovao ili kao *stimulus* - značajni životni događaj ili promena (npr. bolest, razvod) i svakodnevne neprilike (npr. gužva u saobraćaju) (Lazarus & Cohen, 1977), ili kao *odgovor* – nespecifičan odgovor organizma na zahteve (Selye, 1956). Prema Transakcionom modelu stresa i prevladavanja, stres predstavlja stanje neravnoteže u organizmu koje je izazvano realnim/opaženim razlikama u zahtevima sredine i kapacitetu organizma da prevlada te zahteve, a manifestuje se kroz različite fiziološke, emocionalne i bihevioralne odgovore (Lazarus, 1966). Odnos između sredine i ljudi je dinamičan, međusobno recipročan i dvosmeran. Ljudi prate svoje okruženje i kroz procese procene tumače situacije (Lazarus & Folkman, 1984). Kada osoba identifikuje sredinski događaj kao štetan ili ugrožavajući i proceni da njeni resursi za adaptaciju nisu dovoljni ili adekvatni, taj događaj doživljava kao stresor. Sredinski stresori mogu se definisati kao „fizički ili socijalni uslovi koje prosečna osoba percipira kao trenutno ili potencijalno preteće, ugrožavajuće, štetne“ (Lepore & Evans, 1996). U kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja, stres povezan sa sterilitetom može se konceptualizovati kao posledica odnosa između steriliteta (stresor) i primarne i sekundarne procene i interpretacije tog stresora. Ovakvo definisanje stresa omogućava individualizaciju i varijabilnost u odgovorima. Stoga, pretpostavlja se da će sterilitet posebno biti opažen kao stresan za one kojima je roditeljstvo glavni životni cilj (Lazarus & Folkman, 1984).

Važno je uzeti u obzir da različite operacionalne definicije stresa povezanog sa sterilitetom mogu komplikovati poređenja različitih istraživanja i interpretacije. U ovom istraživanju, stres povezan sa sterilitetom operacionalizovan je kroz upitnik *Problemi sa plodnošću*, koji procenjuje specifičan stres u kontekstu steriliteta u različitim, ali povezanim domenima (Newton i sar., 1999). U skladu sa Lazarusovom (Lazarus, 1999)

tvrdnjom da se stres javlja kada situacija ugrožava namere ili ciljeve pojedinca, i da je pod uticajem snage tih ciljeva, stres povezan sa sterilitetom konceptualizovan je tako da obuhvata različite značajne aspekte ciljeva, obaveza i namera pojedinca. Na osnovu kvalitativnih i kvantitativnih studija, identifikovano je pet dominantnih domena stresa povezanih sa sterilitetom:

- *socijalni aspekt* – senzitivnost na komentare ili podsetnike na probleme sa sterilitetom, osećaj socijalne izolacije od porodice i prijatelja;
- *seksualni aspekt* – smanjeno seksualno interesovanje ili samopoštovanje, poteškoće sa rasporedom seksualnih odnosa;
- *bračni aspekt* – poteškoće u komunikaciji o sterilitetu sa partnerom, i/ili sa razumevanjem polnih razlika u reakciji na problem sa sterilitetom, zabrinutost povodom uticaja problema na međusobni odnos partnera;
- *potreba za roditeljstvom* – identifikacija sa ulogom roditelja i percepcija roditeljstva kao sržnog životnog cilja;
- *neprihvatanje života bez dece* – negativna percepcija života bez dece i potreba da se ima dete kako bi se vodio srećan i ispunjen život.

Ovih pet domena čine globalni stres povezan sa sterilitetom (Newton i sar., 1999).

Efekti stresa povezanog sa sterilitetom

Premda stres ne predstavlja univerzalnu reakciju na sterilitet (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005), većina istraživanja utvrdila je povezanost između problema sa začecem i stresa kod žena. Prevalenca psihološkog stresa među ženama sa problemom steriliteta kreće se u opsegu od 48-96% (Freeman, 1985; Mahlstedt i sar., 1987). Dok neka istraživanja ukazuju da oko 15% parova koji imaju problem sa sterilitetom doživljava stres (Spector, 2004), prema drugim nalazima čak 42% žena ispoljava klinički značajne nivoe stresa (Miles i sar., 2009). Žene sa problemom steriliteta ispoljavaju više nivoe stresa u poređenju sa kontrolnom grupom (Fido & Zahid, 2004; Monga i sar., 2004; Joshi, Singh & Bindu, 2009). Razlika je posebno izražena kod žena koje su nezaposlene (Noorbala i sar., 2009).

Uprkos navedenim nalazima, reakcije žena na problem steriliteta značajno se razlikuju (Miles i sar., 2009). Žene koje doživljavaju veći osećaj kontrole nad problemom sa sterilitetom ispoljavaju niži nivo stresa (Abbey & Halman, 1995; Naab i sar., 2013). Stres povezan sa sterilitetom varira i zavisi i od dijagnoze i tretmana. Žene sa primarnim sterilitetom, ispoljavaju više nivoe generalnog stresa povezanog sa sterilitetom, kao i više nivoe specifičnog stresa u socijalnom i seksualnom aspektu, u poređenju sa ženama koje već imaju biološku decu (Hsu & Kuo, 2002; Lykeridou i sar., 2009). Faktor steriliteta vezan za muški pol povezan je sa višim globalnim stresom, kao i povišenim nivoima stresa u socijalnom i seksualnom aspektu i domenu potreba za roditeljstvom kod parova, u poređenju sa drugim faktorima steriliteta (Newton i sar., 1999). Zatim, izraženost stresa povezana je i sa dužinom tretmana: žene koje se neuspešno leče od steriliteta godinu dana ispoljavaju više nivoe stresa u poređenju sa ženama koje započinju terapiju (Schmidt i sar., 2005; Nasser, 2000). Utvrđena je i pozitivna korelacija između stresa povezanog sa sterilitetom i brojem testova i tretmana (Abbey, Halman & Andrews, 1992), odnosno brojem ciklusa pokušaja začeća i godina tretmana steriliteta (Hsu & Kuo, 2002). Značajno je i to da se većina parova obrati za pomoć nakon dve godine neuspešnog pokušaja začeća, te oni već na početku tretmana ispoljavaju određene simptome stresa (Edelmann, Connolly & Cooke, 1988). Druga istraživanja utvrdila su da nivo ličnog i bračnog stresa opada kod parova pet godina nakon neuspešnih pokušaja vantelesne oplodnje (Peterson i sar., 2009).

Uticaoj stresa na plodnost i tretman

Povišeni nivo stresa značajno umanjuje stopu začeca (Finamore i sar., 2007; Katz, 2008; Nakamura, Sheps & Arck, 2008). Stres uzrokuje povećano lučenje kortikotropno-oslobađajućeg hormona hipotalamusa, koji dalje utiče na tireostimulirajući hormon hipofize koji stimuliše rad hormona štitne žlezde, i adreno-kortiko-tropni hormon koji stimuliše lučenje hormona srži i kore nadbubrežne žlezde, uključujući i kortizol. Stoga, može se pretpostaviti da stres ima direktan uticaoj na nivo kortizola i dalje, negativan uticaoj na plodnost i ishod vantelesne oplodnje (Chung i sar., 2001). Visok nivo hormona stresa može da utiče i na vreme ovulacije i skraćenje lutealne faze, što je povezano sa uspešnom implantacijom i održanjem rane trudnoće (Nakamura, Sheps & Arck, 2008).

Kod žena koje ispoljavaju najniže nivoe stresa verovatnoća rađanja je 93% puta veća u poređenju sa ženama kod kojih je stres najviše prisutan (Klonoff-Cohen & Natarajan, 2004). Zatim, često dolazi do spontanih trudnoća nakon prekida tretmana steriliteta, čak i u slučajevima kada je reč o ozbiljnijim problemima sa začecem (Merzoug i sar., 1990). Procenat spontanih trudnoća nakon uspešne vantelesne oplodnje kreće se u rasponu od 9-21% (Shimizu i sar., 1999; Hennelly i sar., 2000).

Brojna istraživanja utvrdila su da su psihološki faktori i teškoće prevladavanja emocionalnih zahteva tretmana povezani sa visokom stopom napuštanja lečenja (Rajkhowa i sar., 2006; Smeenk i sar., 2004). Generalno, između 40% i 65% pacijenata, kojima zdravstveno osiguranje pokriva lečenje, napušta tretman pre nego što završi sve cikluse (Land i sar., 1997; Domar, 2004), a jedan od glavnih razloga jeste emocionalno sagorevanje (Olivius i sar., 2002; Domar, 2004; Smeenk i sar., 2004). Čak 66% žena kao glavni razlog odustajanja od lečenja navodi stres, a njih 64% prekida tretman zbog emocionalnih posledica (Hammarberg, Astbury & Baker, 2001). Prema nalazima drugih istraživanja, trećina žena prekine lečenja bez ostvarivanja trudnoće (Pinborg i sar., 2009), odnosno 23% žena prerano završi sa tretmanima zbog doživljenog stresa povezanog sa lečenjem (Brandes i sar., 2009).

Prevladavanje stresa

Prevladavanje se smatra ključnim za proces upravljanja emocijama i ima medijacionu ulogu u emocionalnom odgovoru na stres. Predstavlja pokušaj upravljanja stresnim situacijama (Lazarus, 1999). Definiše se kao konstantno promenljivi kognitivni i bihevioralni naponi osobe da upravlja (minimizira, redukuje, ovlada, toleriše) specifičnim spoljašnjim i/ili unutrašnjim zahtevima odnosa osobe i okruženja koji se procenjuju kao ugrožavajući ili koji prevazilaze resurse pojedinca (Folkman & Lazarus, 1984). Ova definicija prevazilazi ograničenja tradicionalnih pristupa:

- prevladavanje se određuje kao proces pre nego kao osobina (konstantno promenljivi);
- podrazumeva razliku između prevladavanja i automatizovanog adaptivnog ponašanja (zahtevi koji prevazilaze resurse pojedinca);
- razlikuju se prevladavanje i ishodi (napori za upravljanjem odnose se na sve što osoba radi ili misli bez obzira koliko je to uspešno);
- razlikuju se upravljanje i ovladavanje (upravljanje može da uključi minimiziranje, izbegavanje, tolerisanje, prihvatanje, kao i pokušaj ovladavanja) (Al-Yazori, 2012).

Tri ključne karakteristike prevladavanja su sledeće:

- 1) *prevladavanje je proces* – usmerava se na ono što osoba misli ili radi u specifičnom stresnom okruženju, nasuprot onome što osoba uobičajeno radi, što bi uradila ili bi trebalo da uradi;
- 2) *prevladavanje je kontekstualno*, odnosno situaciono specifično – misli i akcije prevladavanja uvek su usmerene na određenu situaciju; što se uže odredi kontekst, lakše će se povezati strategija prevladavanja sa kontekstualnim zahtevima; osoba se u određenim trenucima oslanja više na jednu, a u određenim na drugu strategiju prevladavanja, kako se odnos osoba-sredina menja;
- 3) *ne može se generalno reći da li su neke strategije efikasne ili nisu* – prevladavanje se definiše kao napor osobe da upravlja zahtevima i uspeh ili neuspeh prevladavanja može se odrediti procenom ishoda, a ne teorijskom pretpostavkom; određena strategija

prevladavanja može biti veoma efikasna u odnosu na jedan, a neefikasna u odnosu na drugi stresor (Lazarus & Folkman, 1984).

Transakcioni model stresa i prevladavanja razlikuje strategije prevladavanja usmerene na problem i strategije usmerene na emocije. *Strategije prevladavanja usmerene na problem* predstavljaju pokušaj da se upravlja situacijom i problemima koji uzrokuju distres. Uključuju smirene, racionalne, ciljane napore da se reše problemi (definisanje problema, generisanje i razmatranje alternativnih rešenja, plan akcije), ali i agresivne interpersonalne napore da se menjaju situacije. *Strategije prevladavanja usmerene na emocije* predstavljaju pokušaj regulacije emocija i distresa minimiziranjem, redukovanjem ili sprečavanjem emocionalnih komponenti stresora, distanciranjem, izbegavanjem, samokontrolom, traženjem socijalne podrške, prihvatanjem odgovornosti, pozitivnom reinterpretacijom, deljeljem i ispoljavanjem emocija. Strategije usmerene na emocije mogu se primenjivati kako bi se održali nada i optimizam, porekle činjenice i pretpostavke, odbilo da se prizna najgore ili zanemarivala važnost onoga što se dešava (Lazarus & Folkman, 1984).

Strategije prevladavanja nisu inherentno adaptivne ili maladaptivne i zavise od konteksta stresora, pa iste strategije mogu biti povezane sa različitim psihosocijalnim ishodima. Generalno, strategije prevladavanja usmerene na problem povezane su sa boljim prilagođavanjem, dok strategije prevladavanja usmerene na emocije koreliraju sa lošijim ishodima (Folkman i sar., 1986; Aldwin & Revenson, 1987). Ipak, strategije usmerene na emocije mogu biti korisne za prevladavanje kratkoročnih situacija koje su izvan lične kontrole (Suls & Fletcher, 1985). Strategije izbegavanja efikasnije su kao primarna reakcija na uzrok stresa kada je emocionalno uzbuđenje visoko, dok su strategije usmerene na problem efikasnije u hroničnim situacijama kada je potrebno preuzimanje određene akcije (Rashidi i sar., 2011). S obzirom na različito kategorisanje strategija prevladavanja u istraživanjima, ni strategije usmerene na problem ni one usmerene na emocije ne mogu jasno da predstave pravo značenje prevladavanja (Lee i sar., 2010). Zatim, stresne situacije obično su kompleksne, pa je razvijanje sveobuhvatnog modela prevladavanja i određivanje strategija, koje su primenljive u širokom spektru različitih situacija, veoma teško (Leventhal, Suls & Leventhal, 1993). U ovom istraživanju za ispitivanje učestalosti

primene strategija prevladavanja u kontekstu steriliteta korišćen je *Upitnik prevladavanja steriliteta* (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005),

S obzirom da se sterilitet može konceptualizovati kao hronični i nepredvidivi (lično ili medicinski) stresor, koji je izvan potpune lične kontrole i koji prevazilazi resurse prevladavanja para, izbori strategija prevladavanja izuzetno su značajni za odluke vezane za tretman, održavanje emocionalne ravnoteže i otvorenu komunikaciju unutar braka (Jordan & Revenson, 1999). Efikasno prevladavanje ključno je za psihološku adaptaciju osoba koje imaju problem sa sterilitetom (Demyttenaere i sar., 1991).

Prevladavanje problema sa sterilitetom može zahtevati primenu različitih strategija. Sposobnosti prevladavanja i potrebe osoba sa problemom steriliteta variraju u zavisnosti od faze tretmana. Problem steriliteta za neke predstavlja prevladavanje gubitka, za druge to može biti borba sa negativnim identitetom ili sa značajnim poteškoćama koje predviđaju u budućnosti (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). Generalno, tokom lečenja, parovima je potrebna podrška kako bi nastavili tretman, a nakon završetka neuspelog tretmana podrška im pomaže u prihvatanju gubitka i pronalaženju alternativa (Parr, 2008). Kako se neko suočava sa problemom steriliteta može direktno i indirektno uticati na ishod. Sam čin uključivanja u tretman steriliteta, predstavlja jedan vid prevladavanja usmerenog na problem, s obzirom da je cilj takvog ponašanja promena okolnosti stresne interakcije osoba-sredina, uticajem na ishod plodnosti (Nelson, 2010). Sa druge strane, osoba koja primenjuje izbegavajuće ponašanje, ne traži potrebne informacije i ne pridržava se tretmana koji bi olakšao reprodukciju. Neko ko se neefikasno suočava sa problemom steriliteta može početi prekomerno da pije, puši ili da izbegava seksualne odnose, da doživljava intenzivan psihološki distres, što sve negativno utiče na fizičko zdravlje i plodnost (Zwick, 2003).

U skladu sa pretpostavkama Transakcionog modela stresa i prevladavanja, i strategije usmerene na problem, kao i one usmerene na emocije, mogu biti povezane sa pozitivnim ishodima, ali isto tako oba tipa prevladavanja mogu biti neefikasna. Strategije prevladavanja usmerene na problem u kontekstu steriliteta uključuju traženje medicinske i psihološke pomoći, alternativnih terapija, razmatranje mogućnosti s obzirom na troškove i potencijalne dobitke (Al-Yazori, 2012). Iako su strategije usmerene na problem često efikasne u situacijama koje su hronične i kontrolabilne (Stanton, 1991), njihova efikasnost

može biti ograničena kada je reč o problemu steriliteta gde parovi imaju ograničenu kontrolu i uticaj na ishode (oni mogu izabrati sve raspoložive opcije tretmana, a i dalje biti suočeni sa problemom). Stoga, prevladavanje usmereno na problem može biti neefikasno kada je reč o ponavljanim neuspesima tretmana (Al-Yazori, 2012). Sa druge strane, neke strategije prevladavanja usmerenog na emocije umanjuju distress (npr. pozitivna reinterpretacija), dok druge povećavaju (izbegavanje) (Stanton i sar., 1992). Izbegavanje može biti i efikasno u situacijama koje su kratkotrajne, ali predstavlja i nezdravu adaptaciju, s obzirom da je problem steriliteta retko kratkoročan i mala je verovatnoća da se može rešiti bez nekog vida aktivnosti osobe ili para (Al-Yazori, 2012).

Neke od najadaptivnijih strategija prevladavanja u kontekstu problema steriliteta uključuju planiranje usmereno na problem, povezivanje unutar socijalnog sistema i traženje informacija (Lieblum & Greenfeld, 1997). Longitudinalne studije sprovedene među parovima ili ženama koje su u postupku tretmana steriliteta ukazuju da su strategije usmerene na procenu problema prediktor dobre adaptacije (Terry & Hynes, 1998), kao i da su prihvatanje situacije (Edelmann, Connolly & Bartlett, 1994) i izražavanje i procesuiranje emocija povezani sa nižim distressom (Berghuis & Stanton, 2002). Ipak, postoje i drugačiji nalazi, koji ukazuju da su strategije usmerene na problem i aktivno suočavanje povezani sa višim nivoom stresa povezanog sa sterilitetom i lošijom adaptacijom (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2009; Lykeridou i sar., 2011).

Kada je reč o strategijama prevladavanja usmerenim na emocije, brojne studije utvrdile su negativan efekat izbegavanja, poricanja i samookrivljanja (Lieblum & Greenfeld, 1997; Berguis & Stanton, 2002), i pozitivan efekat pozitivne reinterpretacije i traženja socijalne podrške (Gourounti, Anagnostopoulos & Vaslamatzis, 2010) u kontekstu steriliteta. Za žene koje imaju problem sa začecem izbegavanje može predstavljati bežanje od realnosti aktuelne situacije i izbegavanje interpersonalnih odnosa koji su usmereni na sterilitet. One izbegavaju i određene socijalne interakcije, kao što su interakcija sa drugim ženama koje su u drugom stanju ili su sa decom, odlazak na proslave za bebe i rođendane, jer ih podsećaju na njihov problem (Greil, Leitko & Porter, 1988). Žene niže socioekonomske klase češće primenjuju aktivno suočavanje u poređenju sa ženama više socijalne klase (Lykeridou i sar., 2010). Samookrivljanje i ruminacija pozitivno koreliraju

i sa disfunkcionalnim emocionalnim reakcijama kao što su osećanje krivice, anksioznost, bes, nervoza, depresija (Kraaij, Garnefski & Vlietstra., 2008; Kraaij, Garnefski & Schroevers, 2009). Zatim, pesimistična razmišljanja povezana su sa povišenim nivoima anksioznosti (Hart, 2002), a katastrofiziranje sa simptomima depresije i nakon dve godine praćenja (Kraaij, Garnefski & Vlietstra., 2008). Sa druge strane, pozitivno preispitivanje, aktivno suočavanje i traženje socijalne podrške, pozitivno koreliraju sa funkcionalnim reakcijama kao što su visok nivo energije, angažovanje, tuga i nezadovoljstvo (Kraaij, Garnefski & Schroevers, 2009). Žene koje daju pozitivno značenje problemu sa plodnošću, ispoljavaju manje ličnih, bračnih i socijalnih problema povezanih sa sterilitetom (Schmidt i sar., 2005). Pozitivna reinterpretacija i izražavanje emocija povezani su sa manje izraženim simptomima depresije (Berghuis & Stanton, 2002). Emocionalni pristup (kompenzacija i ulaganje u sebe) i strategije usmerene na procenu problema (pozitivna reinterpretacija) povezani su sa boljim psihološkim prilagođavanjem, a samozanemarivanje sa lošijom adaptacijom na tretman steriliteta (Benyamini i sar., 2008). Socijalna podrška predstavlja jednu od najčešćih i najznačajnijih strategija prevladavanja (Peterson i sar., 2006). Najčešći izvor podrške su razgovori sa supružnikom, porodicom i prijateljima, prikupljanje informacija o psihološkim aspektima problema na klinici, u novinama, na televiziji (Boivin i sar., 1999). Premda je u procesu traženja socijalne podrške od prijatelja i porodice ponekad potrebno otkriti poverljive informacije iz intimnog života (Maillet, 2002), žene se uspešnije psihološki prilagođavaju problemu steriliteta ukoliko se poveravaju svojim partnerima i dele svoja razmišljanja i emocije sa bliskim osobama (McDaniel i sar., 1992).

Generalno, žene češće izražavaju svoje emocije i snažno se posvećuju medicinskim terapijama, dok muškarci uglavnom minimiziraju i potiskuju svoja osećanja i izbegavaju da razmišljaju o problemu steriliteta. Žene teže da budu otvorene i da traže podršku od drugih, dok muškarci samostalno pokušavaju da reše problem kako bi delovali kompetentno (Jacobs & O'Donohue, 2007). Žene češće iniciraju razgovore sa svojim partnerima, sklonije su da pretpostavljaju sopstvenu odgovornost kada postoji problem sa začecem (Newton & Houle, 1993) i lakše im je da o tome pričaju sa drugim osobama (Brand, 1989). Takođe, prave aktivnije pokušaje da uspostave odnose sa drugim parovima koji imaju problem sa sterilitetom i da se priključe grupama podrške (Berg, Wilson & Weingartner,

1991). Zatim, žene, u poređenju sa muškarcima, značajno učestalije primenjuju strategije konfrontacije, prihvatanja odgovornosti, kognitivnu restrukturaciju, traženje socijalne podrške, ali i samookrivljavanje i izbegavanje (Peterson i sar., 2006; Bayley, Slade & Lashen 2009; Morrow i sar., 1995). One više ruminiraju o tome šta su uradile pogrešno te su uzrokovale problem sa sterilitetom i češće okrivljuju sebe u odnosu na muškarce (32% vs 4%) (Pottinger i sar., 2006).

Žene koje se leče od steriliteta češće primenjuju neefikasne strategije prevladavanja u poređenju sa kontrolnom grupom žena. Zatim, one manje učestalo koriste strategiju kognitivnog izbegavanja, što ukazuje na to da im je teže da kognitivno izbegnu situaciju u kojoj se nalaze i konstantno razmišljaju o problemu (Joshi, Singh & Bindu, 2009). Ipak, prema drugim nalazima, nije utvrđena značajna razlika u primeni strategija usmerenih na problem i strategija usmerenih na emocije između žena koje imaju problem sa sterilitetom i kontrolne grupe (Bakhshayesh i sar., 2012).

Žene koje su nosioci uzroka steriliteta češće primenjuju strategije usmerene na emocije, a ako je uzrok neplodnosti para vezan za muškarca, one češće koriste strategije usmerene na problem (Jafarzadeh i sar., 2015).

Kada je reč o učestalosti primene strategija prevladavanja među ženama koje imaju problem sa začecem rezultati su različiti. Prema nekim nalazima, u kontekstu steriliteta žene najčešće primenjuju konfrontaciju (Lee i sar., 2010), prihvatanje (68%), aktivno prevladavanje (52%) i planiranje (48%) (Lord & Robertson, 2005), dok druga istraživanja ukazuju da 74% žena odbija da poveruje da im se dešava problem i njih 61% izbegava ljude ili aktivnosti koje ih podsećaju na sterilitet (Donkor & Sandall, 2009). Svoje emocije tokom prevladavanja problema steriliteta otvoreno ispoljava 37% (Donkor & Sandall, 2009). Utvrđeno je i da žene primenjuju različite strategije prevladavanja sa približnom učestalošću – 35,1% žena najčešće primenjuje aktivno suočavanje, a njih 28,2% izbegavanje (Hämmerli, Znoj & Berger, 2010).

Rezilijentnost

Stresori iz okruženja, preko procesa percepcije, procene i prevladavanja osobe koja je sa njima suočena, rezultuju pozitivnim ili negativnim odgovorima, emocijama i ishodima. Ovaj proces je pod uticajem različitih karakteristika ličnosti i situacije. Posebno je značajna uloga rezilijentnosti, koja utiče na proces stresa na više nivoa – procenu stresora, metakogniciju u odgovoru na doživljene emocije i izbor strategija prevladavanja. Rezilijentnost obuhvata različite faktore koji promovišu ličnu aktivnost i štite osobu od negativnih posledica stresora (Richardson, 2002).

Reč rezilijentnost potiče od latinskog glagola *resilire* („skočiti nazad“) i u engleskom Oksfordskom rečniku definisana je kao „mogućnost da se izdrži/brzo oporavi nakon teških uslova“ (Soanes & Stevenson, 2006). Iako postoje različite definicije rezilijentnosti, većina njih zasniva se na dva koncepta: *nedaće* – negativne životne okolnosti koje su statistički povezane sa poteškoćama adaptacije i *pozitivna adaptacija* – bihevioralno ispoljena socijalna kompetentnost ili uspeh u postizanju razvojnih zadataka (Luthar & Cicchetti, 2000). Rezilijentnost se široko određuje kao kapacitet osobe izložene negativnom događaju da održi relativno stabilan, zdrav nivo psihološkog i fiziološkog funkcionisanja (Bonanno, 2004), i da fleksibilno prevladava značajne životne promene i izazove (McMahon i sar., 2007). Predstavlja sposobnost prilagođavanja na ekstremno nepovoljne i stresne okolnosti (Tusaie & Dyer, 2004). Određuje se i kao protektivni faktor koji modifikuje, ublažava ili menja odgovor osobe na spoljašnje opasnosti koje mogu biti povezane sa maladaptivnim ishodom (Fletcher & Sarkar, 2013). Rezilijentnost ne podrazumeva samo odsustvo patologije, već je i marker blagostanja i samoaktualizacije (Richardson, 2002). Povezana je sa mentalnim zdravljem, preko uticaja na samopoštovanje, duhovnost, toleranciju stresa i osećaj adekvatnosti (Besharat, 2007).

Kada je reč o konceptualizaciji, osnovna dilema odnosi se na to da li rezilijentnost predstavlja crtu ličnosti ili proces. Ukoliko se definiše kao osobina ličnosti, rezilijentnost predstavlja konstelaciju karakteristika koje omogućavaju napredak i adaptaciju osobe na okolnosti sa kojima se susreće (Connor & Davidson, 2003). Rezilijentne osobe karakteriše

prihvatanje realnosti, sposobnost prilagođavanja značajnim promenama, duboko verovanje da život ima smisla, optimizam, strpljenje, tolerancija negativnih emocija, vera, veštine rešavanja problema i radoznalost (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013). Kada se određuje kao proces, rezilijentnost predstavlja dinamičan proces ispoljavanja pozitivnih adaptivnih veština uprkos značajnim traumatičnim nedaćama i meru sposobnosti prevladavanja stresa (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Ovakva konceptualizacija podrazumeva da efekti protektivnih faktora variraju kontekstualno (u različitim situacijama) i vremenski (tokom situacije i tokom života osobe) (Fletcher & Sarkar, 2013). Prema tome, iako osoba može reagovati pozitivno na poteškoće u jednom trenutku svog života, to ne znači da će reagovati na isti način u drugim situacijama (Rutter, 2006; Davydov i sar., 2010).

Uprkos postojanju različitih definicija i konceptualizacija, rezilijentnost predstavlja protektivni faktor koji smanjuje uticaj stresora i ima direktne i indirektno implikacije. Povezuje se sa neurohemijskim, neuropeptidnim, hormonskim (Charney, 2004) i genetskim (Gervai i sar., 2005) osnovama, a veća je verovatnoća da se rezilijentne osobe uključe u aktivne strategije prevladavanja (Fife i sar., 2008; Li, 2008). U ovom istraživanju, rezilijentnost je određena kao osobina ličnosti i biće procenjena *Skalom rezilijentnosti* Konora i Dejvidsona (Connor & Davidson, 2003).

Zbog složenih iskustava povezanih sa problemom, rezilijentnost u kontekstu steriliteta može se odrediti kao ishod međusobnih veza između spoljašnjih, bračnih i individualnih faktora. Stoga, rezilijentnost zavisi od sposobnosti pojedinca i para da efikasno modifikuju prethodne stavove, kako bi prihvatili sterilitet uprkos spoljašnjim uticajima ili ishodima tretmana (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Značajan aspekt rezilijentnosti parova sa problemom steriliteta predstavlja mogućnost da se, kada je potrebno, odreknu trudnoće nakon velikog truda usmerenog na postizanje tog cilja i da se usmere na nešto drugo (Peters, Jackson & Rudge, 2011).

Spoljašnji faktori su uticaji izvan pojedinca i para koji su povezani sa tim kako oni prevladavaju i kako se adaptiraju na problem steriliteta. Na najširem nivou, spoljašnji faktori utiču na interpretacije stresora i dostupnih resursa para i pojedinaca, kao i na konstrukciju ideoloških temelja iz kojih osobe stvaraju lična verovanja ili razvijaju

strategije prevladavanja u odgovoru na stresor (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Spoljašnji faktori najčešće su socijalno zasnovani, kao što su podrška porodice i društva, kulturalna i etnička očekivanja, religioznost i socioekonomski status. Socijalna podrška od strane porodice i zajednice može biti pozitivna (emocionalna, finansijska, duhovna podrška), ali može imati i negativan uticaj (npr. savetovanje para da se opusti može voditi do toga da se par oseća frustrirano ili neuspešno). Kulturalni i socioekonomski faktori utiču na stopu steriliteta i traženja tretmana, kao i na finansijski aspekt lečenja. Religija i duhovna verovanja nekima pružaju nadu i utehu. Zatim, spoljašnji faktori mogu biti i medicinski zasnovani – dijagnoza, dužina steriliteta, interakcija sa medicinskim osobljem, finansijska i geografska pristupačnost tretmana steriliteta imaju značajan uticaj na adaptaciju i prevladavanje problema sa plodnošću (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009).

Bračni faktori rezilijentnosti odnose se na koheziju i pozitivnu komunikaciju para u periodu nakon dijagnoze i tokom tretmana, odnosno blizak i intiman odnos para uprkos neuspehu u ostvarivanju trudnoće (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Prilikom suočavanja sa sterilitetom integralni faktori povezani sa rezilijentnošću su interakcija para i kongruentnost njihovih percepcija. Proces komunikacije je ključan za smanjenje stresa (Stammer, Wischmann & Verres, 2002; Peterson i sar., 2006), kao i za primenu adaptivnih strategija prevladavanja na individualnom nivou koje dalje vode do funkcionalne interakcije među partnerima (Higgins, 1990). Kada je reč o komunikaciji para, značajni su: otvoreno deljenje emocija, bračna evaluacija (razmatranje individualnih percepcija koje se odnose na bračno zadovoljstvo među partnerima) i zajedničko donošenje odluka. Zatim, u kontekstu steriliteta, parovi dele zajednički cilj sa sličnim očekivanjima. Ipak, kongruentnost percepcija među partnerima koji imaju problem sa sterilitetom nije lako postići, s obzirom da često ne postoji razumevanje perspektive drugog (Greil, Leitko & Porter, 1988). Kada se par suoči sa neočekivanim sterilitetom, kontinuitet unutar bračnog odnosa je narušen i javljaju se nova značenja, vrednosti i identiteti. Kako se individualne percepcije menjaju, može se javiti i diskontinuitet unutar odnosa (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009).

Individualni faktori rezilijentnosti predstavljaju ključne faktore u razumevanju stresa povezanog sa sterilitetom. Obuhvataju značenje koje osoba pridaje sterilitetu, način

na koji problem utiče na njen doživljaj sebe i svog identiteta, sposobnost prilagođavanja neočekivanim i neprijatnim situacijama (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Za većinu odraslih, roditeljstvo pruža smisao života, status, ispunjenje odgovornosti, dok istovremeno zadovoljava društvena očekivanja (Meyers i sar., 1995). Stoga, neočekivani stres povezan sa sterilitetom u većini slučajeva predstavlja gubitak krucijalnog životnog cilja (Brothers and Maddux, 2003). Osoba može ispoljiti rezilijentnost povećavajući svoje znanje o sterilitetu kroz medicinska ispitivanja i evaluacije, razmatrajući posledice ili buduće implikacije problema (Walsh, 2002).

Žene koje se leče od steriliteta ispoljavaju statistički značajno niže nivoe rezilijentnosti u odnosu na opštu populaciju (Connor & Davidson, 2003; Sani & Tamannaefar, 2017; Pirani i sar., 2014; Sexton i sar., 2010).

Psihološka rezilijentnost u kontekstu steriliteta može biti i biološki adaptivna (npr. dispozicioni optimizam povezan je sa povećanim brojem oplodjenih jajnih ćelija i embriotransfera) (Gallinelli i sar., 2001; Klonoff-Cohen i sar., 2001). S obzirom da je utvrđeno da se rezilijentnost može jačati primenom psiholoških intervencija i farmakoterapije kod osoba sa posttraumatskim stresnim poremećajem (Connor and Davidson, 2003), dobijeni rezultati predstavljaju osnovu i smernice za istraživanje jačanja rezilijentnosti u kontekstu steriliteta (Sexton i sar., 2010).

Samoefikasnost

U skladu sa Transakcionim modelom stresa i prevladavanja, samoefikasnost se određuje kao vid sekundarne procene, odnosno procene sposobnosti osobe da se uključi u specifična ponašanja i uspešno primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010). Predstavlja uverenja osobe o sopstvenim sposobnostima da bude uspešna u određenim situacijama i kapacitetima za postizanje ciljeva. Ova uverenja mogu uticati na to kako se osoba ponaša, oseća, razmišlja, motiviše sebe (Bandura, 1994). Kada osoba opaža potencijalno ugrožavajuću i stresnu situaciju kao podložnu uticaju lične kontrole, situacija se interpretira kao manje preteća i stresna, a više predvidiva (Bandura, 1986). Visok nivo samoefikasnosti povezan je sa opažanjem sebe kao osobe koja poseduje veštine potrebne za rešavanje problema (Bandura, 1994), kao i sa smanjenom vulnerabilnošću i višim nivoom rezilijentnosti u stresnim situacijama (Bandura, 1997).

Uverenja o samoefikasnosti proizvode različite efekte kroz četiri glavna procesa: kognitivni, motivacioni, afektivni i proces izbora (Bandura, 1994). Osobe sa visokim nivoom samoefikasnosti teškim zadacima pristupaju kao izazovima kojima treba ovladati, pre nego kao pretnjama koje treba izbeći. Pretećim situacijama pristupaju sa uverenošću da mogu ostvariti kontrolu nad njima. Takav pristup jača unutrašnje interesovanje i angažovanje u aktivnostima i povezan je sa ličnim dostignućima i nižim nivoima stresa. Osobe sa snažnom samoefikasnošću postavljaju sebi izazovne ciljeve i veoma su posvećeni njima. One održavaju i pojačavaju svoje napore prilikom neuspeha, i brzo povrate osećaj samoefikasnosti. Neuspeh češće pripisuju nedovoljnim naporima ili nedovoljnom znanju i veštinama koje su potrebne. Sa druge strane, osobe koje sumnjaju u svoje sposobnosti zaziru od teških zadataka koje vide kao ličnu pretnju. Imaju niske aspiracije i vrlo malo su posvećene ostvarenju ciljeva koje su postavile. Kada se suoče sa teškim zadacima pre se usmeravaju na sopstvene nedostatke, potencijalne prepreke i negativne ishode nego na to kako da budu uspešne u tom zadatku. U susretu sa teškoćama doživljavaju viši nivo distresa, lako odustaju i teže vraćaju osećaj efikasnosti nakon neuspeha (Bandura, 1994).

Uverenja o sopstvenoj efikasnosti mogu se razvijati putem četiri glavna izvora uticaja:

- Iskustvo ovladavanja (uspeh) – najefikasniji način stvaranja snažnog osećaja samoefikasnosti. Za dubok osećaj samoefikasnosti potrebno je iskustvo prevazilaženja poteškoća kroz ponavljani napor.
- Vikarijsko iskustvo – posmatranje drugih koji su nam slični, kako postižu uspeh kroz kontinuirane napore, jača verovanje u sopstvenu sposobnost ovladavanja sličnim aktivnostima i postizanja uspeha. Ukoliko se pretpostavlja veća sličnost sa modelom, snažniji je uticaj njegovog uspeha i neuspeha.
- Socijalno ubeđivanje – osobe koje su verbalno ubeđene da poseduju sposobnosti da ovladaju zadatim aktivnostima mobilisaće veći napor i istrajati, u poređenju sa osobama koje su nesigurne u sebe i usmerene na svoje nedostatke kada su suočene sa problemom.
- Fiziološki indikatori efikasnosti – interpretiranje stresnih reakcija i tenzije kao znakova vulnerabilnosti na loše postignuće, ili tumačenje umora i bolova kao znakova fizičke slabosti, povezano je sa nižim nivoom samoefikasnosti. Pozitivno raspoloženje jača opaženu samoefikasnost, dok je negativno raspoloženje umanjuje (Bandura, 1994).

Kao i kod hroničnih bolesti, samoefikasnost u kontekstu steriliteta izuzetno je značajna za to kako osoba doživljava i prevladava ovaj problem. Definiše se kao nivo poverenja osobe u sopstvene kognitivne, emocionalne i bihevioralne veštine, povezane sa sterilitetom i lečenjem. Određuje se kao uverenje osobe u svoju sposobnost da sprovede ponašanje koje se smatra adaptivnim u prevladavanju zahteva tretmana, odnosno da se uključi u različite oblike ponašanja povezanih sa lečenjem steriliteta. Uključuje nekoliko samoregulacionih procesa (kognitivni, afektivni, motivacioni) koji određuju primenu odgovarajućih strategija u cilju prevladavanja različitih situacija povezanih sa tretmanom (Cousineau i sar., 2006).

Konstrukt samoefikasnosti sličan je specifičnom prevladavanju u kontekstu tretmana steriliteta, koje uključuje sposobnost osobe da zadrži pozitivan stav, da ostane smirena dok čeka rezultate testova i da upravlja promenama raspoloženja povezanih sa hormonskim tretmanima. Teorijski je zasnovan na pretpostavci da visoko poverenje u svoje

spособnosti za upravljanje i prevladavanje problema steriliteta rezultira pozitivnijim emocionalnim ishodima i istrajavanjem tokom tretmana (Cousineau i sar., 2006).

Percepcija samoefikasnosti može se promeniti tokom lečenja steriliteta. Žene često na početku tretmana imaju doživljaj samoefikasnosti i kompetentnosti, i opažaju da poseduju sposobnosti i veštine potrebne za ispunjavanje zahteva tretmana (npr. davanje injekcija sebi). Međutim, nakon nekoliko spontanih pobačaja ili neuspešnih ciklusa tretmana, njihova uverenja o samoefikasnosti, odnosno percepcija uključivanja u takve ili slične zadatke, mogu se promeniti. Uticaj steriliteta na doživljaj samoefikasnosti potvrđen je i rezultatima istraživanja – žene su uglavnom uverene da će zatrudneti na početku tretmana steriliteta, a ta uverenja umanjuju se nakon dužih terapija (Domar i sar., 2000).

Samoefikasnost će u ovom istraživanju biti procenjena *Skalom samoefikasnosti kod problema steriliteta* (Cousineau i sar., 2006). Žene koje su starije, više obrazovane, nezaposlene i duže se leče od steriliteta imaju niži nivo samoefikasnosti (Faramarzi i sar., 2014). Održavanje visokog nivoa samoefikasnosti tokom tretmana steriliteta povezano je sa pozitivnijim emocionalnim reakcijama i istrajnošću u lečenju (Cousineau i sar., 2006), kao i sa boljim generalnim zdravljem (Bandura, 1986; Kazdin, 2000). Nizak nivo samoefikasnosti povezan je sa depresijom, anksioznošću, stresom (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013; Faramarzi i sar., 2014). Intervencije usmerene na povećanje samoefikasnosti u kontekstu steriliteta mogu biti povezane sa razvijenijim veštinama prevladavanja i većim blagostanjem tokom susretanja sa zahtevima tretmana (Kovárová, Smith & Turnbull, 2010). Samoefikasnost, kao i drugi psihološki konstrukti, može uticati na biološke indikatore reproduktivnog zdravlja (Lancastle & Boivin, 2005). Viši nivoi samoefikasnosti u kontekstu steriliteta povezani su i sa višom stopom trudnoće (Turner i sar., 2013).

Kvalitet života

Kvalitet života se, prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (WHO, 2003), određuje kao percepcija osobe o sopstvenoj poziciji u životu u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kojem živi, i u odnosu prema sopstvenim ciljevima, očekivanjima i standardima. Predstavlja široko određen koncept koji je na kompleksan način pod uticajem fizičkog zdravlja pojedinca, socijalnih odnosa i odnosa sa bitnim karakteristikama okruženja (Boivin, Takefman & Braverman., 2011).

Kvalitet života povezan sa zdravljem predstavlja multidimenzionalni koncept koji uključuje fizičke, mentalne, emocionalne i socijalne aspekte povezane sa bolešću ili njenim specifičnim tretmanskim pristupima (Colwell i sar., 1998). Sterilitet, sa svojim kompleksnim tretmanima i različitim stresorima, može se manifestovati kao hronično fizičko oboljenje (Kainz, 2001). Uzimajući u obzir specifičnosti problema i uticaj na individualni distres, bračni odnos i socijalne interakcije, sterilitet i njegovo lečenje mogu imati značajne negativne uticaje na kvalitet života kod žena (Rashidi i sar., 2008; Ragni i sar., 2005). S obzirom na utvrđene negativne reakcije povezane sa sterilitetom koje utiču na zadovoljstvo životom i blagostanje (Verhaak i sar., 2007; Greil, 1997), uspeh lečenja (Boivin & Schmidt, 2005) i spremnost da se nastavi tretman (Smeenk i sar., 2004), od izuzetne važnosti je proceniti i unaprediti kvalitet života u kontekstu ovog problema. Evaluacija kvaliteta života omogućava razumevanje uticaja zdravstvenog stanja ili intervencija na osobu iz šire perspektive, a utvrđivanje faktora koji utiču na kvalitet života može poboljšati sveobuhvatni tretman osoba sa sterilitetom (Karabulut, Ozkan & Oguz, 2013). U ovom istraživanju za procenu kvaliteta života u kontekstu steriliteta biće primenjen *Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* (Boivin, Takefman & Braverman., 2011).

Rezultati istraživanja dosledno pokazuju da žene koje imaju problem sa sterilitetom ispoljavaju lošiji kvalitet života u poređenju sa muškarcima i ženama iz opšte populacije. Negativni uticaji steriliteta prisutni su u različitim domenima. One ispoljavaju značajno niže skorove u oblasti fizičkog, emocionalnog i socijalnog funkcionisanja, kao i u

generalnom skorom kvaliteta života (Chachamovich i sar., 2010; Haica, 2013; Drosdzol & Skrzypulec, 2008). Dodatno, kod njih su značajno više prisutni simptomi umora, bola, nesanice, gubitka apetita u poređenju sa kontrolnom grupom žena (Hassanin, Abd-El-Raheem & Shahin, 2010). Muškarci ostvaruju više skorove na skali jezgrovni kvalitet života i subskalama – emocije i telo/um, dok razlike dobijene na subskalama partnerski odnos i socijalni aspekt nisu značajne (Haica, 2013). Ipak, druga istraživanja nisu utvrdila negativnu povezanost steriliteta i kvaliteta života – žene koje imaju problem sa sterilitetom, u poređenju sa kontrolnom grupom žena, ostvarile su viši prosečan skor na skalama kvaliteta života (fizički, mentalni, socijalni, sredinski) (Onat & Beji, 2012).

Generalno, faktori steriliteta koji potiču od muškarca povezani su sa boljim kvalitetom života kod parova sa ovim problemom. Ženski pol i niže obrazovanje predstavljaju značajne prediktore lošijeg fizičkog aspekta kvaliteta života, dok su ženski pol, niže obrazovanje i mlađa starosna dob prediktori lošijeg mentalnog aspekta kvaliteta života (Rashidi i sar., 2008). U drugom istraživanju, ispitanice sa faktorom steriliteta koji potiču od žena i nižim obrazovanjem ispoljile su niži skor na upitniku o kvalitetu života, ali te razlike nisu bile značajne (Fardiazar, Amanati & Azami, 2012).

Generalno, mlađe žene ostvaruju niži skor na upitniku kvaliteta života (Fardiazar, Amanati & Azami, 2012). Godine starosti žena imaju pozitivan efekat na ukupan skor kvaliteta života, kao i na subskale telo/um, emocije i socijalni aspekt, dok imaju negativan efekat na subskalu partnerski odnos, a objašnjavaju 4% varijanse skorova na upitniku kvaliteta života (Aarts i sar., 2011). Kod žena mlađih od 30 godina veći je negativan uticaj na partnerski odnos (Karabulut, Ozkan & Oguz., 2013). Međutim, u drugim istraživanjima nije utvrđena značajna korelacija između godina starosti i kvaliteta života (Dillu, Sheoran & Sarin, 2013).

Zatim, utvrđena je negativna korelacija između dužine pokušaja začeca i kvaliteta života (Fardiazar, Amanati & Azami, 2012). Duže trajanje steriliteta povezano je sa nižim kvalitetom života (Karabulut, Ozkan & Oguz., 2013). Unutar grupe žena sa primarnim sterilitetom, skor kvaliteta života bio je značajno niži kod žena koje su pokušavale da zatrudne od četiri do šest godina, u poređenju sa ženama koje su pokušavale da zatrudne od jedne do tri godine, i preko sedam godina (Hassanin, Abd-El-Raheem & Shahin, 2010). Za

sada, postoji malo dokaza o tome koliko je vremena potrebno za adaptaciju na problem steriliteta. Žene koje su rodile dete nakon primene nekog oblika asistiranu reproduktivnu tehnologiju ispoljile su značajno veće zadovoljstvo životom u poređenju sa ženama koje su imale neuspešne tretmane. Ova razlika je bila posebno izražena u prve tri godine terapije, a nije bila prisutna u periodu od šest do devet godina nakon tretmana (Kuivasaari-Pirinen i sar., 2014). Nakon 10 godina lečenja, nivo kvaliteta života sličan je kod žena koje su imale neuspešne tretmane i onih koje su rodile dete nakon tretmana (Wischmann i sar., 2012).

Kvalitet života značajno negativno korelira sa ekonomskim poteškoćama i psihološkim pritiskom od strane prijatelja i porodice (Aliyeh & Laya, 2007). Zatim, nizak nivo kvaliteta života kod osoba sa problemom sa sterilitetom povezan je sa izraženijim disfunkcionalnim stavovima, nižim nivoom bezuslovnog samoprihvatanja, višim nivoom emocionalnog distresa i nižim nivoom partnerske adaptacije (Haica, 2013).

Među ženama sa problemom sa sterilitetom, one sa sekundarnim sterilitetom, u poređenju sa ženama sa primarnim sterilitetom, ispoljavaju značajno više skorove na subskalama: emocije (64.75 vs 57.21), telo/um (76.43 vs 68.41), socijalni aspekt (76.77 vs 68.55), uticaj tretmana (74.48 vs 65.69). Generalno, ukupni totalni skor značajno je viši kod žena sa sekundarnim sterilitetom (72.27 vs 66.97) što ukazuje na to da je generalni kvalitet života niži kod onih žena koje nemaju dete (Karabulut, Ozkan & Oguz., 2013). Prema nalazima drugih istraživanja, razlika u skorovima u kvalitetu života između žena sa primarnim i sekundarnim sterilitetom nije značajna (Fardiazar, Amanati & Azami, 2012).

Ukupan skor na upitniku kvaliteta života, povezanim sa problemom steriliteta, značajno negativno korelira sa simptomima anksioznosti i depresije. Kada je reč o subskalama upitnika, najmanja korelacija utvrđena je između partnerskog odnosa i anksioznosti, a najveća između subskale telo/um i depresije (Aarts i sar., 2011).

Povezanost rezilijentnosti, samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta

U ovom istraživanju, za procenu rezilijentnosti primenjena je *Skala rezilijentnosti* (Connor & Davidson, 2003), a za procenu specifičnih relevantnih varijabli: *Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta* (Cousineau i sar., 2006), *Upitnik prevladavanja steriliteta* (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005), *Problemi sa plodnošću* (Newton i sar., 1999), *Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* (Boivin, Takefman & Braverman., 2011). Rezultati dosadašnjih istraživanja ukazuju na to da se prosečni skorovi na *Skali rezilijentnosti* (Connor & Davidson, 2003) u kliničkoj populaciji kreću u rasponu od M=34.0 do M=68.1 (Pirani i sar., 2014; Sexton & Byrd, 2015; Sani & Tamannaefifar, 2017; Connor & Davidson, 2003). Među ženama koje imaju problem sa sterilitetom, specifična samoefikasnost, procenjena *Skalom samoefikasnosti kod problema steriliteta* (Cousineau i sar., 2006) u kliničkoj populaciji kreću se u rasponu od M=92.80 do M=98.88 (Cousineau i sar., 2006; Kim i sar., 2017; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013; Faramarzi i sar., 2014; Fu i sar., 2016). Prosečni skorovi na upitniku *Problemi sa plodnošću* (Newton i sar., 1999) u kliničkoj populaciji kreću se u rasponu od M=134.4 do M=186.1 (Newton i sar., 1999; Sexton & Byrd, 2015; Samani i sar., 2017; Awtani i sar., 2017; Hajjyan i sar., 2016). Kada je reč o kvalitetu života u kontekstu steriliteta, prosečni skorovi na *Upitniku o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* (Boivin, Takefman & Braverman., 2011) kreću se u rasponu od M=55.43 do M=70.80 (Boivin, Takefman & Braverman., 2011; Ismail & Moussa, 2017; Maroufizadeh, Ghaheri & Samani, 2016; Aarts i sar., 2011).

Kod žena koje imaju problem sa sterilitetom, rezilijentnost negativno korelira sa doživljenim psihološkim stresom (Sexton i sar., 2010; Herrmann i sar., 2011; Mousavi i sar., 2013). Viši nivo rezilijentnosti povezan je sa nižim skorovima stresa u socijalnom, seksualnom i partnerskom domenu, i stresom povezanim sa neprihvatanjem života bez dece (Newton i sar., 1999). Zatim, utvrđene su značajne negativne korelacije i između specifične samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013;

Cousineau i sar., 2006). Osećaji nesigurnosti i nedostatka kontrole predstavljaju jedne od najtežih aspekata tretmana steriliteta i utvrđeno je da pozitivno koreliraju sa emocionalnim stresom (Benyaimini, Gozlan & Kokia, 2005).

Brojna istraživanja ispitivala su povezanost između mehanizama prevladavanja koje žene primenjuju i izraženosti stresa u kontekstu steriliteta. Nalazi su uglavnom konzistentni – strategije usmerene na problem pozitivno koreliraju sa merama psihološkog blagostanja (Berghuis & Stanton, 2002; Dhillon, Cumming & Cumming, 2000), dok su strategije usmerene na emocije povezane sa lošijim mentalnim zdravljem (Abbey & Halman, 1995; Stanton, 1991). Izbegavajuće strategije su prediktori loše adaptacije na sterilitet i povišenog stresa (Joshi, Singh & Bindu, 2009; Schmidt i sar., 2005; Aflakseir & Zarei, 2013; Lykeridou i sar., 2011). Utvrđene su pozitivne korelacije između pasivnog izbegavanja i bračnog i individualnog stresa, kao i između aktivnog izbegavanja i individualnog, bračnog i socijalnog stresa (Lykeridou i sar., 2010). Ruminacija i samookrivljavanje su posebno značajni prediktori visokog stesa (Pottinger i sar., 2006; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013). Međutim, postoje nalazi da i aktivno suočavanje pozitivno korelira sa individualnim, bračnim i socijalnim stresom u kontekstu steriliteta (Lykeridou i sar., 2010). Sa druge strane, socijalna podrška negativno je povezana sa stresom u kontekstu steriliteta (Peterson i sar., 2006; Rashidi i sar., 2011).

Dodatno, u kontekstu steriliteta ispitivana je i povezanost rezilijentnosti i samoefikasnosti sa mehanizmima prevladavanja. Utvrđena je značajna pozitivna korelacija između rezilijentnosti i aktivnih strategija prevladavanja (Sexton i sar., 2010) i socijalne podrške (Mousavi i sar., 2013). Kod žena koje su suočene sa problemom sa začecem, samoefikasnost u kontekstu steriliteta negativno korelira sa izbegavajućim ponašanjem i prihvatanjem odgovornosti, dok pozitivno korelira sa pozitivnom reinterpretacijom, samokontrolisanjem i distanciranjem (Cousineau i sar., 2006).

Kada je reč o kvalitetu života kod problema sa plodnošću, utvrđeno je da je izraženija rezilijentnost povezana sa višim kvalitetom života (Herrmann i sar., 2011) i sa posttraumatskim ličnim rastom (Yu i sar., 2014), dok je visok nivo stresa u kontekstu steriliteta povezan sa nižim kvalitetom života (Haica, 2013; Chi i sar., 2016; Zaia i sar., 2018).

II METODOLOŠKI DEO

Predmet istraživanja

Postoji saglasnost autora da sterilitet predstavlja stresno iskustvo koje se najbolje može objasniti Transakcionim modelom stresa i prevladavanja (Al-Yazori, 2012). U skladu sa terorijskim pretpostavkama ovog modela i empirijskim nalazima (Lazarus & Folkman, 1984; Stanton, 1991), sterilitet se uglavnom opaža kao nešto što je značajno, relevantno i potencijalno štetno. Stoga, pretpostavlja se da ispitanice iz kliničke grupe koje imaju problem sa sterilitetom, a koje žele da ostvare trudnoću, sterilitet (stresor) opažaju kao pretnju i/ili izazov (primarna procena). Zatim, u istraživanje su uključene varijable relevantne za Transakcioni model stresa i prevladavanja – samoeфикаsnost kao vid sekundarne procene, strategije prevladavanja (čiji izbor zavisi od sekundarne procene) i doživljeni stres. Dodatno, rezilijentnost utiče na proces stresa na više nivoa – procenu stresora, metakogniciju u odgovoru na doživljene emocije i izbor strategija prevladavanja (Richardson, 2002). Sa druge strane, sterilitet često predstavlja hronični stresor, koji sa specifičnostima samog problema i lečenja, može imati značajne negativne uticaje na kvalitet života kod žena (Kainz, 2001; Rashidi i sar., 2008; Ragni i sar., 2005). Stoga, smatrali smo da bi bilo značajno proširiti navedeni Transakcioni model stresa i prevladavanja u kontekstu steriliteta uključivanjem rezilijentnosti i kvaliteta života.

Rezultati dosadašnjih istraživanja, koji se s obzirom na kompleksnost interakcija prethodno definisanih varijabli u kontekstu steriliteta (stres, kvalitet života, rezilijentnost, samoeфикаsnost, prevladavanje) i značaj bavljenja ovim problemom mogu unaprediti, predstavljali su osnovu za definisanje problema istraživanja. Ispitaće se efekti rezilijentnosti, samoeфикаsnosti i mehanizama prevladavanja na izraženost stresa i kvaliteta života. Imajući u vidu teorijsku pretpostavku o medijacionoj ulozi mehanizama prevladavanja u emocionalnom odgovoru na stres (Lazarus, 1999), jedan od glavnih predmeta istraživanja jeste ispitivanje medijacione uloge mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i samoeфикаsnosti, sa jedne, i stresa i kvaliteta života, sa

druge strane. S obzirom da samoefikasnost predstavlja sekundarni vid procene (povezana je sa uključivanjem u određene strategije prevladavanja), ispitaće se da li ovaj konstrukt može doprineti razumevanju efekata rezilijentnosti na nivo stresa i kvalitet života. Dalje, stres negativno korelira sa kvalitetom života, pa će se istraživanje usmeriti i na ispitivanje efekata rezilijentnosti na kvalitet života, preko medijacione uloge samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja i stresa. Sve prethodno navedene interakcije biće ispitane na kliničkoj i kontrolnoj grupi sa opštim varijablama i na kliničkom uzorku sa specifičnim varijablama. Iako su brojna istraživanja ispitivala međusobne povezanosti navedenih varijabli, nismo pronašli ono koje obuhvata sve njih. Verujemo da bi nalazi ovog rada mogli značajno da doprinesu boljem i sveobuhvatnijem razumevanju steriliteta u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja. Ispitivanjem navedenih medijacija, očekujemo da se dodatno pojašne prethodno utvrđene pojedinačne povezanosti relevantnih varijabli.

Nedostatak istraživanja o psihološkim aspektima steriliteta u Srbiji ostavlja otvorena mnoga pitanja koja se tiču prevencije i tretmana, odnosno primenljivosti značajnih nalaza i podataka dobijenih u drugim zemljama. Najpre će se ispitati pojedinačne korelacije relevantnih varijabli, a zatim i složenije međusobne interakcije. Ispitaće se zastupljenost strategija prevladavanja, nivo rezilijentnosti, samoefikasnosti, doživljenog stresa i kvalitet života. Pored navedenog, biće ispitano da li su i na koji način sociodemografske varijable – godine starosti, dužina pokušaja začeca, uključivanje u lečenje, dužina partnerske veze, želja za detetom, finansijska situacija i zaposlenje, povezane sa primenom određenih strategija prevladavanja, nivoom rezilijentnosti, samoefikasnosti, doživljenog stresa i kvalitetom života kod žena koje imaju problem sa začecem. S obzirom da iskustvo steriliteta može značajno uticati na psihološko funkcionisanje osoba suočenih sa ovim problemom, ispitaće se da li postoje značajne razlike u učestalosti primene strategija prevladavanja i izraženosti rezilijentnosti, samoefikasnosti, doživljenog stresa i kvaliteta života između žena koje imaju problem sa sterilitetom (klinička grupa) i trudnica i majki (kontrolna grupa). Dobijeni nalazi pomoći će u tome da se skrene pažnja na sterilitet kao psihosocijalni fenomen, odnosno uključivanje dodatnih procena prilikom tretmana i primenu specifičnih psiholoških intervencija, kao i kroz smernice za dalja istraživanja u ovoj oblasti kod nas.

Ciljevi istraživanja

Imajući u vidu predmet ovog istraživanja, osnovni ciljevi su sledeći:

1. Ispitati nivo rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, kao i zastupljenost primene specifičnih strategija prevladavanja kod žena koje imaju problem sa sterilitetom.
2. Istražiti da li postoje značajne razlike u izraženosti rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, generalnog nivoa stresa i kvaliteta života, i učestalosti primene opštih strategija prevladavanja između ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom i onih koje nemaju taj problem.
3. a) Ispitati povezanost između opštih sociodemografskih varijabli (godine starosti, dužina partnerske veze, zaposlenje, ukupna mesečna primanja) i opštih zavisnih i nezavisnih varijabli (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, generalni stres, generalni kvalitet života, opšti mehanizmi prevladavanja) na celokupnom uzorku.
b) Ispitati povezanost između specifičnih sociodemografskih varijabli (želja za roditeljstvom, dužina pokušaja začeca, uzrok steriliteta, lečenje steriliteta) i opštih i specifičnih zavisnih i nezavisnih varijabli (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, specifična samoefikasnost, generalni stres, stres u kontekstu steriliteta, generalni kvalitet života, kvalitet života u kontekstu steriliteta, opšti mehanizmi prevladavanja, specifični mehanizmi prevladavanja) na uzorku ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom.

4. a) Ispitati povezanost između rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, opštih mehanizama prevladavanja, generalnog stresa i kvaliteta na celokupnom uzorku.
- b) Ispitati povezanost između rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, specifičnih mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na uzorku ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom.
5. a) Ispitati efekte rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti na generalni stres i kvalitet života preko medijacione uloge mehanizama prevladavanja na celokupnom uzorku primenom strukturalnih modela.
- b) Ispitati efekte rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti na stres i kvalitet života u kontekstu steriliteta preko medijacione uloge specifičnih mehanizama prevladavanja na uzorku ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom primenom strukturalnih modela.

Hipoteze

Na osnovu teorijskih postavki o prevladavanju i psihološkim reakcijama povezanim sa dijagnozom i tretmanom steriliteta u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja, kao i na osnovu empirijskih nalaza o varijablama relevantnim za predmet ovog istraživanja, postavljene su sledeće hipoteze:

H1: Žene sa dijagnozom steriliteta ispoljavaju više nivo generalnog stresa, niže nivo rezilijentnosti i samoefikasnosti, niži kvalitet života i češće primenjuju izbegavajuće strategije prevladavanja u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica.

Hipoteza je zasnovana na rezultatima brojnih istraživanja koja su potvrdila da žene koje imaju problem sa sterilitetom, u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica, ispoljavaju: viši nivo generalnog stresa (Fido & Zahid, 2004; Monga i sar., 2004; Joshi, Singh & Bindu, 2009), niži nivo rezilijentnosti (Connor & Davidson, 2003; Sexton i sar., 2010; Kagan i sar., 2011), niži nivo opšte samoefikasnosti (Sani & Tamannaefifar, 2017), niži generalni kvalitet života (Chachamovich i sar., 2010; Haica, 2013; Drosdzol & Skrzypulec, 2008), i češće primenjuju opšte izbegavajuće strategije prevladavanja (Stanton, 1991; Joshi, Singh & Bindu, 2009).

H2a: Mlađa životna dob, kraća dužina partnerske veze, nezaposlenost i lošija finansijska situacija povezani su sa višim generalnim stresom, nižim kvalitetom života, nižim nivoom rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti, i sa češćom primenom opštih izbegavajućih strategija prevladavanja na celokupnom uzorku (klinička i kontrolna grupa).

H2b: Mlađa životna dob, kraća dužina partnerske veze, nezaposlenost, lošija finansijska situacija, duži period pokušaja začeća, faktor steriliteta vezan za muški pol, izražena želja za roditeljstvom i uključivanje u lečenje steriliteta, povezani su sa višim specifičnim stresom, nižim specifičnim kvalitetom života, nižim nivoom rezilijentnosti

i samoefikasnosti u kontekstu steriliteta, kao i sa ušestalijom primenom specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama da se sa većim životnim iskustvom mogu očekivati i veće sposobnosti prilagođavanja značajnim promenama i veštine rešavanja problema (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013; Bandura, 1994), kao i na rezultatima brojnih istraživanja koja su utvrdila sledeće: lošiji socioekonomski status, faktor steriliteta vezan za mušku pol, duži pokušaji začeća, veći broj testova i tretamana, izraženija želja za roditeljstvom povezani su sa višim stresom u kontekstu steriliteta (Mussani, 2009; Newton i sar., 1999; Schmidt i sar., 2005; Nasser, 2000; Abbey, Halman & Andrews, 1992; Hsu & Kuo, 2002); faktor steriliteta vezan za mušku pol, lošiji socioekonomski status, mlađa starosna dob, duži pokušaji začeća povezani su sa nižim kvalitetom života (Rashidi i sar., 2008; Fardiazar, Amanati & Azami, 2012; Karabulut, Ozkan & Oguz., 2013; Aliyeh & Laya, 2007).

H3a: Izraženija rezilijentnost i opšta samoefikasnost povezani su sa nižim generalnim stresom i višim kvalitetom života na celokupnom uzorku.

H3b: Izraženija rezilijentnost i specifična samoefikasnost povezani su sa nižim stresom i višim kvalitetom života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama o rezilijentnosti kao protektivnom faktoru koji ublažava uticaj stresora i predstavlja marker balgostanja i samoaktualizacije (Richardson, 2002; Fletcher & Sarkar, 2013; Besharat, 2007), odnosno teorijskim pretpostavkama o samoefikasnosti kao uverenju osobe o sopstvenim sposobnostima da bude uspešna u određenim situacijama i kapacitetima za postizanje ciljeva (Bandura, 1994; Bandura, 1997).

H4a: Izraženija rezilijentnost i opšta samoefikasnost povezani su sa učestalijom primenom opštih aktivnih strategija prevladavanja na celokupnom uzorku.

H4b: Izraženija rezilijentnost i specifična samoefikasnost povezani su sa učestalijom primenom specifičnih aktivnih strategija prevladavanja na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na rezultatima istraživanja koja su utvrdila povezanost rezilijentnosti i primene aktivnih strategija prevladavanja (Fife i sar., 2008; Li, 2008; Sexton i sar., 2010; Mousavi i sar., 2013), kao i na teorijskim pretpostavkama prema kojima se samoefikasnost određuje kao vid sekundarne procene, odnosno uverenje o sopstvenoj sposobnosti uključivanja u specifična ponašanja i uspešnoj primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010), ali i empirijskim nalazima koji su utvrdili povezanost samoefikasnosti i primene aktivnih strategija prevladavanja (Cousineau i sar., 2006).

H5a: Češća primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa nižim generalnim stresom i višim kvalitetom života na celokupnom uzorku.

H5b: Češća primena specifičnih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa nižim stresom i višim kvalitetom života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na rezultatima drugih istraživanja u kojima su, generalno gledano, aktivne strategije prevladavanja, koje su usmerene na upravljanje situacijom i rešavanje problema, povezane sa boljim psihosocijalnim ishodima (Folkman i sar., 1986; Aldwin & Revenson, 1987; Rashidi i sar., 2011), odnosno sa boljom regulacijom emocija i prevladavanjem različitih poteškoća i izazova (Folkman & Moskowitz, 2004). Zatim, brojna istraživanja utvrdila su negativan uticaj primene izbegavajućih strategija u kontekstu steriliteta na psihološku adaptaciju (Berguis & Stanton, 2002; Joshi, Singh & Bindu, 2009; Schmidt i sar., 2005) i nivo stresa u kontekstu steriliteta (Aflakseir & Zarei, 2013; Lykeridou i sar., 2011; Pottinger i sar., 2006).

H6a: Opšti mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti, i generalnog stresa i kvaliteta života na celokupnom uzorku.

H6b: Specifični mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti, i stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama o medijacionoj ulozi mehanizama prevladavanja u emocionalnom odgovoru na stres (Lazarus, 1999), kao i na prethodno diskutovanim empirijskim nalazima o povezanosti rezilijentnosti i samoefikasnosti sa mehanizmima prevladavanja, odnosno povezanosti mehanizama prevladavanja sa stresom i kvalitetom života.

H7a: Opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa na celokupnom uzorku.

H7b: Specifična samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama o medijacionoj ulozi mehanizama prevladavanja u emocionalnom odgovoru na stres (Lazarus, 1999) i međusobnoj povezanosti samoefikasnosti kao vida sekundarne procene (procena sposobnosti osobe da se uključi u specifična ponašanja i uspešno primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja) i mehanizama prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010). Dodatno, u obzir su uzeti i prethodno navedeni empirijski nalazi o povezanosti samoefikasnosti i mehanizama prevladavanja sa rezilijentnošću i stresom.

H8a: Opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na celokupnom uzorku.

H8b: Specifična samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama o medijacionoj ulozi mehanizama prevladavanja u emocionalnom odgovoru na stres (Lazarus, 1999) i međusobnoj povezanosti samoefikasnosti kao vida sekundarne procene (procena sposobnosti osobe da se uključi u specifična ponašanja i uspešno primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja) i mehanizama prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010). Dodatno, u obzir su uzeti i prethodno navedeni empirijski nalazi o povezanosti samoefikasnosti i mehanizama prevladavanja sa rezilijentnošću i kvalitetom života.

H9a: Opšta samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja i generalni stres predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na celokupnom uzorku.

H9b: Specifična samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja i stres u kontekstu steriliteta predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku.

Hipoteze su zasnovane na teorijskim pretpostavkama o medijacionoj ulozi mehanizama prevladavanja u emocionalnom odgovoru na stres (Lazarus, 1999) i međusobnoj povezanosti samoefikasnosti kao vida sekundarne procene (procena sposobnosti osobe da se uključi u specifična ponašanja i uspešno primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja) i mehanizama prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010), kao i na rezultatima istraživanja o negativnoj korelaciji između stresa i kvaliteta života (Haica, 2013; Chi i sar., 2016; Zaia i sar., 2018). Dodatno, u obzir su uzeti i prethodno navedeni empirijski nalazi o povezanosti samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja i stresa sa rezilijentnošću i kvalitetom života.

Varijable i njihovo operacionalno definisanje

Sociodemografske

Sociodemografske varijable operacionalizovane su na osnovu Specifičnog sociodemografskog upitnika (*Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility*) koji je modifikovan i prilagođen cilju istraživanja i grupi ispitanica:

- godine starosti ispitanice, godine starosti partnera, dužina partnerske veze, dužina pokušaja začeća, lečenje steriliteta i dužina lečenja – vrednost varijabli podrazumeva broj godina i meseci;
- uzrok steriliteta – kategorička varijabla sa 4 kategorije a) neprohodnost jajovoda, izostanak ovulacije..., b) partnerov spermogram, c) nije utvrđen uzrok, d) drugo:_____;
- vrsta tretmana – kategorička varijabla koja uključuje sledeće kategorije: a) hormonska terapija, b) vantelesna oplodnja, c) drugo:_____;
- želja za detetom – kvantitativna varijabla operacionalizovana kroz 3 pitanja na koja ispitanice odgovaraju koristeći Likertovu skalu, od 1 (“uopšte se ne slažem”) do 5 (“u potpunosti se slažem”);
- postojanje prethodnih trudnoća – kategorička varijabla sa dve kategorije – DA/NE, a dodatno, uključuje ukupan broj trudnoća, broj iznetih trudnoća, broj spontanih pobačaja, broj abortusa;
- zaposlenje ispitanice i partnera – kategoričke varijable sa dve kategorija – DA/NE;
- finansijska situacija – kategorička varijabla koja procenjuje ukupna mesečna primanja i ima 3 kategorije: a) do 50. 000 din., b) 50. 000 – 100. 000 din., c) preko 100. 000 din.

Nezavisne

- rezilijentnost – varijabla je operacionalizovana kroz Skalu rezilijentnosti (*Connor-Davidson Resilience Scale*)
- opšta samoefikasnost – varijabla je operacionalizovana kroz Skalu opšte samoefikasnosti (*General Self-Efficacy Scale*)
- samoefikasnost u kontekstu steriliteta – varijabla je operacionalizovana kroz Skalu samoefikasnosti kod problema steriliteta (*Infertility Self-Efficacy Scale*)
- opšte strategije prevladavanja – varijabla je operacionalizovana kroz Upitnik prevladavanja – kraća verzija (*Brief COPE Inventory*)
- strategije prevladavanja steriliteta – varijabla je operacionalizovana kroz Upitnik prevladavanja neplodnosti (*Coping with Infertility Questionnaire*)

Zavisne

- generalni stres – varijabla je operacionalizovana kroz Skalu doživljenog stresa (*Perceived Stress Scale*)
- stres u kontekstu steriliteta – varijabla je operacionalizovana kroz Upitnik problema sa plodnošću (*Fertility Problem Inventory*)
- kvalitet života – varijabla je operacionalizovana kroz Skalu kvaliteta života (*Quality of Life Scale*)
- kvalitet života u kontekstu steriliteta – varijabla je operacionalizovana kroz Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću (*Fertility quality of life questionnaire*)

Instrumenti istraživanja

1. **Sociodemografski upitnik** – u istraživanju je korišćena modifikovana verzija Multidimenzionalnog upitnika psihosocijalnih aspekata steriliteta (Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility – COMPI; Schmidt, 2006). Sociodemografska pitanja iz upitnika COMPI, uz saglasnost autora (Prof. Dr Lone Schmidt), prilagođena su potrebama istraživanja i kulturnim specifičnostima, kao i grupi ispitanica.
2. **Skala rezilijentnosti** (Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC; Connor & Davidson, 2003). Sadrži 25 ajtema i meri sposobnost prevladavanja stresa i nepovoljnih situacija. Ispitanici odgovaraju koristeći Likertovu petostepenu skalu, od 0 („uopšte nije tačno”) do 4 („skoro u potpunosti tačno”). Zbirom poena za svaku tvrdnju dobija se ukupan skor koji se kreće u rasponu od 0 do 100, pri čemu viši skor ukazuje na viši nivo rezilijentnosti. Prosečan skor za opštu populaciju iznosi 80.4, a za grupu žena koje imaju problem sa sterilitetom 68.1. Izdvaja se 5 faktora: *lična kompetentnost i istrajnost, tolerisanje negativnih emocija, pozitivno prihvatanje promena i sigurni odnosi sa drugima, doživljaj kontrole, duhovni uticaj*. Skala ispoljava zadovoljavajuću unutrašnju konzistentnost koja iznosi 0.89. U našem istraživanju upitnik se pokazao kao veoma pouzdan ($\alpha=0.94$). Upitnik je korišćen u istraživanju uz dozvolu autora (Jonathan R. Davidson, MD).
3. **Skala opšte samoefikasnosti** (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer & Jerusalem, 1995). Upitnik uključuje 10 pitanja i procenjuje doživljaj opšte samoefikasnosti. Ispitanici odgovaraju koristeći četvorostepenu skalu Likertovog tipa, od 1 (“uopšte nije tačno”) do 4 (“poptuno je tačno”). Zbirom poena za svaku tvrdnju dobija se ukupan skor koji se kreće u rasponu od 10 do 40, pri čemu viši skor ukazuje na viši doživljaj samoefikasnosti. Pouzdanost skale je zadovoljavajuća i, u zavisnosti od populacije na kojoj je primenjena, kreće se u rasponu od 0.76 do 0.90. Na našem uzorku unutrašnja konzistentnost upitnika iznosi 0.89.

4. **Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta** (Infertility Self-Efficacy Scale – ISE; Cousineau i sar., 2006). Sadrži 16 tvrdnji i procenjuje ispitanikovu percepciju sopstvene sposobnosti da koristi kognitivne, emocionalne i bihevioralne veštine relevantne za uspešno prevladavanje dijagnoze i medicinskog tretmana steriliteta. Ispitanici svoj stepen slaganja sa svakom od tvrdnji procenjuju na devetostepenoj skali Likertovog tipa, od 1 („uopšte nisam uveren/a“) do 9 („potpuno sam uveren/a“). Ukupan skor dobija se zbirom poena na svakoj tvrdnji i kreće se u rasponu od 16 do 144, pri čemu viši skor ukazuje na viši doživljaj samoefikasnosti u kontekstu steriliteta. Upitnik je preveden sa engleskog jezika (duplo preveden) i prvi put primenjen u Srbiji. Za upotrebu upitnika u istraživanju dobijena je dozvola autora (Dr Tara Cousineau). Koeficijent pouzdanosti skale iznosi 0.94, dok je u ovom istraživanju dobijena pouzdanost od 0.87.

5. **Upitnik prevladavanja – kraća verzija** (Brief COPE Inventory; Carver, 1997). Procenjuje strategije prevladavanja koje osoba koristi u stresnim situacijama. Upitnik sadrži 28 pitanja koja obuhvataju procenu 14 strategija: *distrakcija* (ajtemi 1 i 19), *aktivno suočavanje* (ajtemi 2 i 7), *poricanje* (ajtemi 3 i 8), *upotreba supstanci* (ajtemi 4 i 11), *emocionalna podrška* (ajtemi 5 i 15), *instrumentalna podrška* (ajtemi 10 i 23), *bihevioralno povlačenje* (ajtemi 6 i 16), *ventiliranje* (ajtemi 9 i 21), *pozitivna reinterpretacija* (ajtemi 12 i 17), *planiranje* (ajtemi 14 i 25), *humor* (ajtemi 18 i 28), *prihvatanje* (ajtemi 20 i 24), *religija* (ajtemi 22 i 27), *samookrivljavanje* (ajtemi 13 i 26). Ispitanici odgovaraju koristeći četvorostepenu skalu Likertovog tipa, od 1 (“uopšte ne koristim”) do 4 (“često koristim”). Sabiranjem poena na ajtemima u okviru svake subskale dobijaju se ukupni skorovi subskala. Na svakoj od 14 subskala viši prosečan skor ukazuje na češću primenu date strategije prevladavanja. Pouzdanost subskala kreće se u rasponu od 0.50 do 0.90, a u našem istraživanju od 0.55 do 0.84.

6. **Upitnik prevladavanja neplodnosti** (Coping with Infertility Questionnaire – CIQ; Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005). Predstavlja kontekstualno specifičnu meru prevladavanja problema steriliteta. Uključuje 51 pitanje i 14 subskala: *socijalno povlačenje* (ajtemi 14, 28, 43), *poricanje* (ajtemi 13, 27, 42), *samookrivljavanje* (ajtemi 12, 26, 41), *samozanemarivanje* (ajtemi 11, 25, 40), *deljenje sa drugima* (ajtemi 10, 24, 39, 48), *prihvatanje* (ajtemi 9, 23, 38), *pozitivna reinterpretacija* (ajtemi 8, 22, 37), *traženje podrške partnera* (ajtemi 7, 21, 36), *kompensacija* (ajtemi 6, 20, 35, 47, 50), *ulaganje u sebe* (ajtemi 5, 19, 33), *traženje socijalne podrške* (ajtemi 4, 18, 32, 46), *planiranje i informisanje* (ajtemi 3, 17, 31, 34, 45, 49, 51), *spiritualno prevladavanje* (ajtemi 2, 16, 30, 44), *nadanje* (ajtemi 1, 15, 29). Ispitanici procenjuju stepen u kojem je svaka od navedenih reakcija karakteristična za njih, koristeći petostepenu skalu Likertovog tipa: 0=nikada, 1=retko, 2=ponekada, 3=često, 4=stalno. Ukupan skor na navedenim skalama strategija prevladavanja dobija se sabiranjem odgovora na svakoj subskali uz prethodno rekodiranje tvrdnji 10, 24 i 48. Na svim subskalama viši prosečni skorovi ukazuju na češću primenu date strategije prevladavanja. Upitnik je preveden sa engleskog (dupli prevod) i prvi put primenjen u Srbiji, uz dozvolu autora upitnika (Prof. Dr Yael Benyamini). Pouzdanost subskala kreće se u rasponu od 0.59 do 0.91. Na našem uzorku koeficijenti pouzdanosti subskala nalaze se u opsegu od 0.61 do 0.90.
7. **Skala doživljenog stresa** (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983). Upitnik procenjuje izraženost emocionalnog distresa u prethodnih mesec dana. Sadrži 14 pitanja na koja ispitanici odgovaraju koristeći petostepenu skalu Likertovog tipa, od 0 (“nikada”) do 4 (“veoma često”). Ukupan skor dobija se sabiranjem poena na pitanjima, uz prethodno rekodovanje sledećih ajtema: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13. Skor na upitniku može se kretati u rasponu od 0 do 56, a viši skor ukazuje na više nivoje doživljenog generalnog stresa u prethodnih mesec dana. Upitnik ispoljava visoku pouzdanost koja iznosi 0.84-0.86. U našem istraživanju unutrašnja konzistentnost upitnika je nešto niža, ali zadovoljavajuća ($\alpha=0.72$).

8. **Problemi sa plodnošću** (Fertility Problem Inventory; Newton i sar., 1999). Upitnik se sastoji od 46 ajtema i predstavlja meru globalnog doživljenog stresa i specifičnih aspekata stresa povezanih sa plodnošću. Uključuje pet subskala: *socijalni aspekt* (ajtemi 9, 12, 14, 27, 30, 35, 39, 40, 43, 44), *seksualni aspekt* (ajtemi 3, 4, 7, 13, 17, 22, 32, 37), *partnerski odnos* (ajtemi 11, 16, 18, 21, 24, 26, 33, 36, 45, 46), *potreba za roditeljstvom* (ajtemi 1, 15, 20, 25, 28, 31, 38, 41), *neprihvatanje života bez dece* (ajtemi 2, 5, 6, 8, 10, 19, 23, 29, 34, 42). Ispitanici svoj stepen slaganja izražavaju koristeći šestostepenu skalu Likertovog tipa, od 1 (“uopšte se ne slažem”) do 6 (“u potpunosti se slažem”). Pre sabiranja poena potrebno je rekodovati sledeće ajteme: 1, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 28, 31, 33, 35, 38, 41, 44, 46. Ukupan skor može se kretati u rasponu od 46 do 276, pri čemu viši skor ukazuje na viši nivo doživljenog globalnog stresa u kontekstu steriliteta. U okviru svake od pet subskala viši skor ukazuje na viši nivo stresa u datom domenu. Ukupan prosečan skor za uzorak žena koje se leče od steriliteta iznosi 134.4. Prosečni skorovi na subskalama na uzorku žena koje imaju problem sa sterilitetom iznose: socijalni aspekt – 27.6, seksualni aspekt – 18.4, partnerski odnos – 21.6, potreba za roditeljstvom – 39.2, neprihvatanje života bez dece – 27.3. Upitnik je preveden sa engleskog (dupli prevod) i prvi put primenjen u Srbiji. Za primenu upitnika u radu dobijena je dozvola autora (Dr Christopher Newton). Upitnik ispoljava visoku pouzdanost od 0.93. Visoku unutrašnju konzistentnost upitnik je pokazao i na našem uzorku ($\alpha=0.87$).
9. **Skala kvaliteta života** (Quality of Life Scale – QOLS; Burckhardt i sar., 1989). Upitnik uključuje 16 ajtema koji procenjuju kvalitet života u pet domena: materijalno i fizičko blagostanje, odnosi sa drugima, društvene i građanske aktivnosti, lični razvoj i aktualizacija, rekreacija. Ispitanici na pitanja odgovaraju koristeći sedmostepenu Likertovu skalu koja se skoruje od 1 („potpuno nezadovoljna”) do 7 („oduševljena”). Skor se dobija sabiranjem svih ajtema i može se kretati u rasponu od 16 do 112, pri čemu viši skor ukazuje na viši kvalitet života. Prosečna pouzdanost skale iznosi 0.87. Na našem uzorku dobijeni koeficijent pouzdanosti je 0.88.

10. **Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću** (Fertility quality of life questionnaire; Boivin, Takefman & Braverman., 2011). Sadrži 36 pitanja i procenjuje specifičan kvalitet života u kontekstu problema sa plodnošću. Uključuje dve skale: *jezgrovni kvalitet života* i *kvalitet života u domenu tretmana*. Skala jezgrovni kvalitet života obuhvata četiri subskale: *emocije* (ajtemi 4, 7, 8, 9, 16, 23), *telo-um* (ajtemi 1, 2, 3, 12, 18, 24), *partnerski odnos* (ajtemi 6, 11, 15, 19, 20, 21), *socijalni aspekt* (ajtemi 5, 10, 13, 14, 17, 22). Skala kvalitet života u domenu tretmana obuhvata dve subskale: *karakteristike tretmana* (ajtemi t2, t5, t7, t8, t9, t10) i *uticaj tretmana* (ajtemi t1, t3, t4, t6). Ispitanici na pitanja odgovaraju koristeći petostepenu Likertovu skalu od 0 do 4. Skorovi na skalama i subskalama dobijaju se sabiranjem poena dobijenim na pitanjima koje obuhvataju, uz prethodno rekodovanje sledećih ajtema: 4, 11, 14, 15, 21, t2, t5. Dobijeni skorovi prevode se u skalirane po formuli: $\text{ukupni skor} \cdot (25/k)$ gde k predstavlja broj ajtema koji čine datu skalu ili subskalu. Skalirani skorovi mogu se kretati u rasponu od 0 do 100, pri čemu niži skor ukazuje na niži kvalitet života. Prosečni skalirani skorovi za skale i subskale su sledeći: jezgrovni kvalitet života – 53.7, kvalitet života u domenu tretmana – 60.00, emocije – 45.11, telo-um – 51.25, partnerski odnos – 68.70, socijalni aspekt – 52.74, karakteristike tretmana – 61.50, uticaj tretmana – 58.80. Pouzdanost skala i subskala kreće se u rasponu od 0.72 do 0.92. U našem istraživanju pouzdanost upitnika je zadovoljavajuća, a koeficijenti skala i subskala nalaze se u rasponu od 0.67 do 0.88.

Uzorak

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 500 ispitanica. Klinički deo uzorka uključuje 250 žena koje imaju problem sa sterilitetom bez obzira na uzrok nemogućnosti začeća, dok kontrolnu grupu čini 250 trudnica i majki koje se nisu lečile od steriliteta.

Ispitanice su *uzrasta* od 20 do 48 godina, prosečne starosti $M=33.04$ godine ($SD=4.877$). Među ženama koje imaju problem sa sterilitetom prosečna starost iznosi $M=33.31$ godina ($SD=4.671$; $min=20$, $max=46$), a u kontrolnoj grupi $M=32.76$ godina ($SD=5.069$; $min=20$, $max=48$). Klinička i kontrolna grupa ujednačene su po godinama starosti ($t=1,266$; $df=498$; $p=0.206$).

Sve ispitanice u uzorku su u partnerskoj vezi. Na celokupnom uzorku prosečna dužina *partnerske veze* je $M=7.94$ godina ($SD=4.841$; $min=1$, $max=24$). Kod žena koje imaju problem sa sterilitetom prosečna dužina partnerske veze je $M=6.80$ godina ($SD=4.179$; $min=1$, $max=20$), a kod kontrolne grupe žena $M=9.09$ godina ($SD=5.183$; $min=1$, $max=24$). Ispitanice kontrolne grupe značajno su duže u partnerskoj vezi u poređenju sa kliničkom grupom žena ($t=-5,438$; $df=498$; $p<0.01$).

Postupak istraživanja

Podaci su prvo prikupljeni na uzorku žena koje imaju problem sa sterilitetom. Istraživanje je sprovedeno na Ginekološko-akušerskoj klinici „Narodni front“ u Beogradu, na odeljenju za sterilitet, među ženama koje su u fazi ispitivanja i lečenja. Nakon dobijanja dozvole i saglasnosti Etičkog komiteta klinike, prikupljanje podataka obavljeno je u periodu od marta do decembra 2015. godine. Zbog ciklusa prijema pacijentkinja, na kliniku sam uglavnom odlazila ponedeljkom, sredom i petkom, a u samom procesu prikupljanja podataka učestvovala je i glavna sestra odeljenja. Pre nego što su ispitanicama podeljeni upitnici, one su upoznate sa ciljem i temom ispitivanja. Objasnjeno im je da je ispitivanje anonimno i da će se podaci koristiti isključivo u istraživačke svrhe. Nakon što su dobrovoljno pristale da učestvuju u istraživanju, podeljeni su im upitnici koje su samostalno popunjavale tokom boravka na klinici. Ispitanice koje imaju problem sa sterilitetom odgovarale su na pitanja iz svih 10 upitnika. Značajno je istaći da je bio izazovan i težak zadatak procenjivati psihološke aspekte steriliteta kod žena koje su u fazi ispitivanja i lečenja. Najpre, one su suočene sa problemom ostvarivanja značajnog životnog cilja i uloge majke. Zatim, iako su one u periodu učestvovanja u istraživanju u bolnici provodile 2-3 dana, to je samo jedan mali deo neizvesnog, zahtevnog (psihološki, biološki, finansijski, socijalno, profesionalno) i potencijalno dugotrajnog lečenja. Žene koje su u početnoj fazi ispitivanja problema sa sterilitetom susreću se sa nepoznicama, neizvesnošću, prilagođavanjem na novonastalu situaciju, dok one koje su na ponovnim analizama, iza sebe već imaju različite manje ili više invazivne metode ispitivanja, neuspele pokušaje ostvarivanja trudnoće prirodnim putem ili asistiranim reproduktivnim tehnologijama. Ipak, iako mali procenat ispitanica nije popunio upitnike do kraja, generalno se mogao steći utisak da su žene bile voljne da učestvuju u istraživanju i da su pozitivno reagovala na to što se problem sa sterilitetom ispituje iz nekog drugog, psihološkog ugla. Prikupljeno je više od 250 upitnika, s obzirom da u istraživanje nisu uključeni nepotpuno popunjeni upitnici.

Zatim, prikupljeni su podaci na uzorku kontrolne grupe žena (trudnice i majke). S obzirom da kliničku grupu ispitanica čine žene koje imaju poteškoća u ostvarivanju trudnoće, u kontrolnu grupu su uključene ispitanice koje su u trenutku ispitivanja ostvarile trudnoću ili veće imaju decu, a da prethodno nije postojao problem steriliteta. Istraživanje je sprovedeno na Ginekološko-akušerskoj klinici „Narodni front“, u savetovalištu za trudnice, i *online*. Istraživanje je trajalo dva meseca i sprovedeno je početkom i sredinom 2016. godine. Trudnicama koje su upitnike popunjavale na klinici, upitnici su podeljeni izjutra i one su ih popunjavale tokom čekanja pregleda. Za prikupljanje podataka *online* napravljena je verzija upitnika koja obezbeđuje anonimnost učesnica, a podaci su direktno prikupljeni u bazi. Ispitanice su upoznate sa ciljem i svrhom istraživanja, kao i sa time da će ispitivanje biti anonimno. Trudnice i majke koje su pristale da učestvuju u istraživanju popunjavale su šest opštih upitnika: Sociodemografski upitnik, Upitnik prevladavanja – kraća verzija, Skala rezilijentnosti, Skala opšte samoeфикаsnosti, Skala doživljenog stresa, Skala kvaliteta života. Takođe je prikupljeno više od 250 upitnika i u istraživanje su uključeni kompletno popunjeni upitnici.

Plan obrade podataka

Prikupljeni podaci statistički su obrađeni pomoću programa SPSS 17. Kako bi se utvrdile metrijske karakteristike svih upitnika, urađena je analiza pouzdanosti i deskriptivna analiza dobijenih podataka. Kako bi se podaci dobijeni na specifičnim instrumentima za klinički uzorak poredili sa rezultatima drugih istraživanja, primenjen je Studentov t-test za jedan uzorak. Za poređenje kliničkog i kontrolnog uzorka prema sociodemografskim varijablama korišćen je Hi-kvadrat test i T-test za nezavisne uzorke. Kako bi se utvrdilo da li postoji značajna razlika u izraženosti nezavisnih i zavisnih varijabli između dve grupe ispitanica, primenjen je Studentov t-test za nezavisne uzorke. Za utvrđivanje povezanosti između sociodemografskih, nezavisnih i zavisnih varijabli korišćene su kanonička korelaciona analiza i analiza varijanse (ANOVA). Za ispitivanje međusobne povezanosti zavisnih i nezavisnih varijabli primenjena je korelaciona analiza (Pirsonov koeficijent korelacije) i multipla regresiona analiza. Kako bi se ispitale medijacije i složenije korelacije između varijabli, korišćeni su hijerarhijska regresiona analiza i modelovanje strukturalnim jednačinama u AMOS-u.

III REZULTATI

Opis uzorka

Struktura celokupnog uzorka prema varijablama *obrazovanje, zaposlenje i ukupna mesečna primanja* prikazana je u Tabeli 1.

Tabela 1. Struktura uzorka prema obrazovanju, zaposlenju i ukupnim mesečnim primanjima ispitanica (N=500)

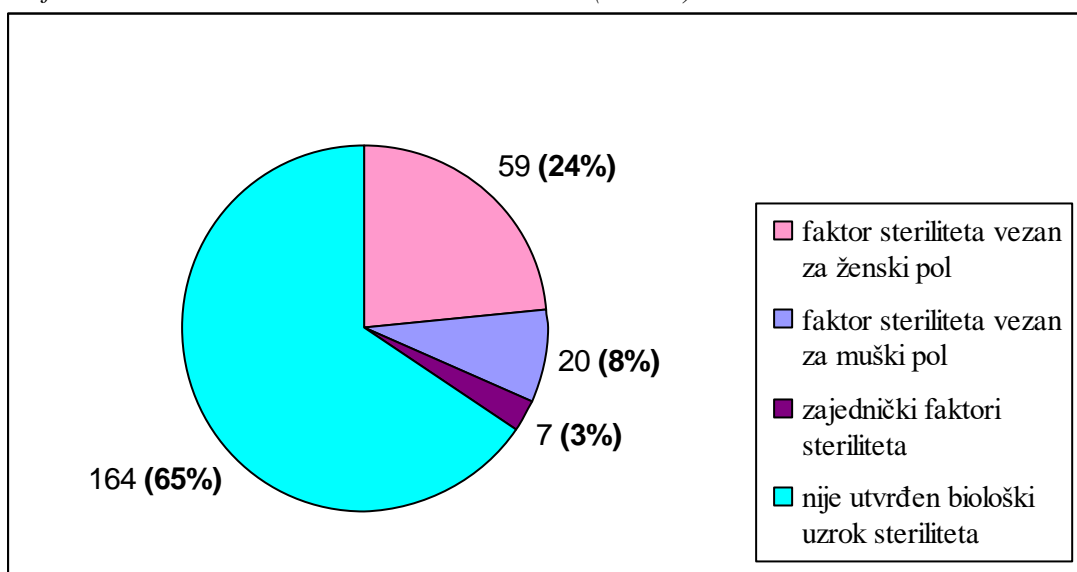
		Klinička grupa	Kontrolna grupa	Celokupan uzorak
Obrazovanje	OŠ	5 (1%)	2 (0,4%)	7 (1,4%)
	SŠ	89 (17,8%)	72 (14,4%)	161 (32,2%)
	VŠS	40 (8%)	35 (7%)	75 (15%)
	VSS	102 (20,4%)	110 (22%)	212 (42,4%)
	MA, Dr, Spec.	14 (2,8%)	31 (6,2%)	45 (9%)
Zaposlenje	DA	196 (39,2%)	179 (35,8%)	375 (75%)
	NE	54 (10,8%)	71 (14,2%)	125 (25%)
Ukupna mesečna primanja	<50 000	68 (13,6%)	58 (11,6%)	126 (25,2%)
	50 000-100 000	147 (29,4%)	114 (22,8%)	261 (52,2%)
	>100 000	35 (7%)	78 (15,6%)	113 (22,6%)

Kako bi se utvrdila povezanost kategoričke varijable *grupa ispitanica* (klinička/kontrolna grupa) i navedenih sociodemografskih kategoričkih varijabli primenjen je Hi-kvadrat test. Dobijeni nalazi ukazuju da postoji statistički značajna razlika u frekvenciji stručne spreme između kliničkog i kontrolnog uzorka ($\chi^2=10,138$; $df=4$; $p<0.05$). Kada je reč o zaposlenju, ne postoji značajna razlika u frekvencijama između dve grupe ispitanica ($\chi^2=3,083$; $df=1$; $p=0.079$). Zatim, utvrđeno je i da postoji statistički značajna razlika u frekvenciji ukupnih mesečnih primanja između kliničke i kontrolne grupe ($\chi^2=12,329$; $df=2$; $p<0.01$).

Na kliničkom uzorku, među ispitanicama koje imaju problem sa sterilitetom, *prosečna dužina pokušaja začeća* iznosi $M=3.26$ godina ($SD=2.506$; $min=1$, $max=16$). Njih 161 (64,4%) se leči od steriliteta, dok je 89 (35,6%) žena u fazi ispitivanja problema sa zaćećem. Među ispitanicama koje se leće od steriliteta, *prosečna dužina lećenja* iznosi $M=2.24$ godine ($SD=2.566$; $min=0,1$, $max=16$).

Struktura kliničkog uzorka prema varijabli *uzrok steriliteta* prikazana je na Grafikonu 1.

Grafikon 1. Uzroci steriliteta na kliničkom uzorku ($N=250$)



Kao što se može videti na Grafikonu 1, kod većine žena iz kliničkog uzorka (65,6%) nije utvrđen biološki uzrok steriliteta. Zatim, 59 ispitanica (23,6%) ima problem sa faktorom steriliteta vezanim za ženski pol (izostanak ovulacije, neprohodnost jajovoda, ciste na jajnicima, miomi i polipi materice, dupla materica, endometrioza, smanjenje ovarijalne rezerve), a kod njih 20 (8%) problem je faktor koji je vezan za muški pol (spermogram). I muški i ženski faktori steriliteta prisutni su kod 2,8% ispitanica kliničkog uzorka.

Većina kliničkog dela uzorka, odnosno 236 žena (94,4%), nema decu. Od njih 14 (5,6%) koje imaju decu, 13 ispitanica ima jedno dete, dok jedna ispitanica ima dvoje dece.

Među ženama koje imaju problem sa sterilitetom, 193 (77,2%) ispitanica nikada nije ostvarilo trudnoću. Broj iznetih trudnoća, spontanih pobačaja i abortusa kod 57 ispitanica kliničkog uzorka koje su ostvarile trudnoću prikazan je u Tabeli 2.

Tabela 2. Struktura kliničkog uzorka prema broju iznetih trudnoća, spontanih pobačaja i abortusa (N=57)

Broj iznetih trudnoća			Broj spontanih pobačaja					Ukupno
			0	1	2	3	4	
0	Broj abortusa	0	0	14	10	2	0	26
		1	11	3	1	0	0	15
		2	1	1	0	0	0	2
	Ukupno		12	18	11	2	0	43
1	Broj abortusa	0	8	3	0	0	1	12
		1	0	1	0	0	0	1
	Ukupno		8	4	0	0	1	13
2	Broj abortusa	0	1	0	0	0	0	1
	Ukupno		1	0	0	0	0	1

Kao što se može videti u Tabeli 2, od 57 ispitanica iz kliničkog uzorka koje su ostvarile trudnoću, njih 43 nema decu (nije iznelo nijednu trudnoću), dok njih 13 ima iznetu jednu trudnoću. Ukupno 16 ispitanica ima jedan abortus, a dve imaju dva abortusa. Kada je reč o spontanim pobačajima, 22 ispitanice imaju jedan spontani pobačaj, njih 11 ima dva pobačaja, dok 2 ispitanice imaju 3 pobačaja.

Deskriptivna analiza primenjenih instrumenata

Podaci o aritmetičkoj sredini, standardnoj devijaciji, minimumu, maksimumu, standardizovanim merama skjunisa i kurtozisa, i koeficijenti pouzdanosti izračunati za opšte upitnike (Skala rezilijentnosti, Skala opšte samoeфикаsnosti, Skala doživljenog stresa, Skala kvaliteta života i Upitnik prevladavanja-kraća verzija) za celokupan uzorak prikazani su u Tabeli 3.

Tabela 3. Deskriptivna analiza Skale rezilijentnosti, Skale opšte samoeфикаsnosti, Skale doživljenog stresa, Skale kvaliteta života i Upitnika prevladavanja-kraća verzija za celokupan uzorak (N=500)

	Min	Max	M	SD	Skjunis	Kurtozis	α
Skala rezilijentnosti	19	97	62,56	15,897	-0,008	-0,480	0.94
Skala opšte samoeфикаsnosti	12	40	32,31	4,559	-0,465	0,404	0.89
Skala doživljenog stresa	7	42	25,04	6,132	-0,224	0,128	0.72
Skala kvaliteta života	29	112	81,95	14,474	-0,490	0,301	0.88
Upitnik prevladavanja – kraća verzija							
Distrakcija	2	8	5,87	1,610	-0,397	-0,603	0.58
Aktivno suočavanje	2	8	6,90	1,183	-1,086	1,272	0.66
Poricanje	2	8	4,59	1,695	0,315	-0,780	0.57
Upotreba supstanci	2	8	2,42	1,038	2,888	9,046	0.82
Emocionalna podrška	2	8	6,59	1,512	-0,812	-0,144	0.77
Instrumentalna podrška	2	8	6,18	1,405	-0,420	-0,405	0.74
Bihejvioralno povlačenje	2	8	3,12	1,446	1,164	0,616	0.67
Ventiliranje	2	8	5,29	1,614	0,005	-0,805	0.55
Pozitivna reinterpretacija	2	8	6,39	1,336	-0,579	-0,190	0.56
Planiranje	2	8	6,48	1,296	-1,012	1,109	0.74
Humor	2	8	5,48	1,861	-0,348	-0,918	0.81
Prihvatanje	2	8	6,58	1,294	-0,772	0,120	0.55
Religija	2	8	4,12	1,980	0,646	-0,736	0.84
Samookrivljavanje	2	8	4,50	1,662	0,241	-0,707	0.65

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 3, može se zaključiti, da su u odnosu na očekivane norme dobijene u istraživanjima autora upitnika, u našem istraživanju dobijeni: značajno niži prosečni skorovi na *Skali rezilijentnosti* (62,56 vs 80,70; $t=-25,513$; $df=499$; $p<0.01$) (Connor & Davidson, 2003), *Skali doživljenog stresa* (25,04 vs 25,6; $t=-2,057$; $df=499$; $p<0.05$) (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983) i *Skali kvaliteta života* (81,95 vs 90,0; $t=-12,440$; $df=499$, $p<0.01$) (Burckhardt i sar., 1989), dok je na *Skali opšte samoefikasnosti* prosečni dobijeni skor značajno viši od očekivanog (32,31 vs 29,46; $t=13,937$; $df=499$; $p<0.01$) (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Mere skjunisa prikazane u Tabeli 3 govore o normalnoj raspodeli za sve varijable osim za subskalu *upotreba supstanci* (Upitnik prevladavanja-kraća verzija) – navedene mere ne prelaze kritičnu vrednost za normalnu raspodelu (1.96 za nivo 0.05). Za subskalu *upotreba supstanci* mera skjunisa (2,888) govori o tome da je raspodela pozitivno asimetrična, odnosno da većina ispitanica ostvaruje niže skorove na ovoj skali. Negativan predznak kod mera skjunisa za *Skalu rezilijentnosti*, *Skalu opšte samoefikasnosti*, *Skalu doživljenog stresa*, *Skalu kvaliteta života*, subskale Upitnika prevladavanja-kraća verzija: *distrakcija*, *aktivno suočavanje*, *emocionalna podrška*, *instrumentalna podrška*, *pozitivna reinterpretacija*, *planiranje*, *humor i prihvatanje*, ukazuje na to da su skorovi ispitanica na celokupnom uzorku u većoj meri grupisani oko viših vrednosti navedenih skala. Za subskale Upitnika prevladavanja-kraća verzija: *poricanje*, *bihejvioralno povlačenje*, *ventiliranje*, *religija* i *samookrivljavanje*, pozitivna vrednost mere skjunisa ukazuje na to da većina ispitanica na celokupnom uzorku ostvaruje niže skorove na ovim skalama.

Podaci o aritmetičkoj sredini, standardnoj devijaciji, minimumu, maksimumu, standardizovanim merama skjunisa i kurtozisa, i koeficijenti pouzdanosti izračunati za specifične upitnike (Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta, Problemi sa plodnošću, Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i Upitnik prevladavanja neplodnosti), kao i za jedan opšti (Skala rezilijentnosti), za grupu ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom prikazani su u Tabeli 4.

Tabela 4. Deskriptivna analiza Skale rezilijentnosti, Skale samoefikasnosti kod problema steriliteta, Problema sa plodnošću, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica (N=250)

	Min	Max	M	SD	Skjunis	Kurtozis	α
Skala rezilijentnosti	19	75	53,75	10,977	-0,592	0,052	0.90
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	40	144	106,87	22,065	-0,753	0,264	0.87
Problemi sa plodnošću	56	207	136,70	29,354	-0,204	-0,240	0.87
Socijalni aspekt	10	53	23,00	9,025	0,608	-0,352	0.75
Seksualni aspekt	8	39	18,12	8,086	0,622	-0,593	0.78
Partnerski odnos	10	49	23,91	8,800	0,354	-0,632	0.71
Potreba za roditeljstvom	8	48	29,45	9,224	-0,043	-0,836	0.83
Neprihvatanje života bez dece	10	60	42,21	9,877	-0,563	0,084	0.81
Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	31,77	86,98	65,36	10,875	-0,592	0,433	0.88
Jezgrovni kvalitet života	30,21	100,00	71,96	13,328	-0,403	-0,407	0.88
Kvalitet života u domenu tretmana	16,67	88,54	58,77	12,461	-0,443	0,601	0.67
Upitnik prevladavanja neplodnosti							
Socijalno povlačenje	0	12	2,96	2,682	0,859	0,479	0.62
Poricanje	0	12	3,60	2,873	0,596	-0,352	0.74
Samookrivljavanje	0	12	2,76	2,705	0,947	0,386	0.65
Samozanemarivanje	0	12	3,33	2,731	0,672	-0,132	0.66
Deljenje sa drugima	0	16	8,29	3,223	0,037	-0,223	0.61
Prihvatanje	0	12	8,59	2,429	-0,554	-0,112	0.67
Pozitivna reinterpretacija	0	12	9,01	2,375	-0,940	1,175	0.72
Traženje podrške partnera	3	12	8,45	2,944	-0,789	-0,019	0.78
Kompenzacija	0	20	12,33	3,810	-0,171	-0,451	0.72
Ulaganje u sebe	0	12	6,93	2,675	-0,054	-0,431	0.63
Traženje socijalne podrške	0	16	10,10	3,618	-0,467	-0,311	0.81
Planiranje i informisanje	3	28	20,74	4,576	-0,615	0,447	0.78
Spiritualno prevladavanje	0	16	6,19	4,628	0,370	-0,754	0.90
Nadanje	0	12	8,93	2,576	-1,028	1,185	0.66

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 4, može se zaključiti, da su u odnosu na očekivane norme za kliničku populaciju dobijene u istraživanjima autora upitnika, u našem istraživanju dobijen značajno niži prosečan skor na *Skali rezilijentnosti* (53,75 vs 68,10; $t=-20,668$; $df=249$; $p<0.01$) (Sexton i sar., 2009), odnosno značajno viši prosečan skor na *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta* (106,87 vs 92,8; $t=10,083$; $df=249$; $p<0.01$) (Cousineau i sar., 2006). Dobijena aritmetička sredina na upitniku *Problemi sa plodnošću* u skladu je sa očekivanom u odnosu na normu (136,70 vs 134,4; $t=1,241$; $df=249$; $p=0.216$). Kada je reč o subskalama, dobijene aritmetičke sredine značajno su niže na subskalama *socijalni aspekt* (23,00 vs 27,6; $t=-8,051$; $df=249$; $p<0.01$) i *potreba za roditeljstvom* (29,45 vs 39,2; $t=-16,708$; $df=249$, $p<0.01$), dok su značajno više na subskalama *partnerski odnos* (23,91 vs 21,6; $t=4,154$; $df=249$; $p<0.01$) i *neprihvatanje života bez dece* (42,21 vs 27,3; $t=23,876$; $df=249$; $p<0.01$) (Newton i sar., 1999). Na *Upitniku o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*, prosečan skor na skali *jezgrovni kvalitet života* značajno je viši od očekivanog (71,96 vs 53,70; $t=21,665$; $df=249$; $p<0.01$), dok je na skali *kvalitet života u domenu tretmana* u skladu sa očekivanim (58,77 vs 60,00; $t=-1,565$; $df=249$; $p=0.119$) (Boivin, Takefman & Braverman., 2011).

Kada je reč o specifičnim mehanizmima prevladavanja, na većini skala na *Upitniku prevladavanja neplodnosti* dobijene su značajno više aritmetičke sredine od očekivanih: socijalno povlačenje (2,96 vs 2,37; $t=3,478$; $df=249$; $p<0.01$), poricanje (3,60 vs 2,76; $t=4,644$; $df=249$; $p<0.01$), samozanemarivanje (3,33 vs 2,73; $t=3,485$; $df=249$, $p<0.01$), prihvatanje (8,59 vs 6,42; $t=14,115$; $df=249$, $p<0.01$), pozitivna reinterpretacija (9,01 vs 6,96; $t=13,637$; $df=249$; $p<0.01$), kompenzacija (12,33 vs 9,35; $t=12,358$; $df=249$; $p<0.01$), ulaganje u sebe (6,93 vs 4,11; $t=16,680$, $df=249$; $p<0.01$), traženje socijalne podrške (10,10 vs 7,88; $t=9,684$; $df=249$, $p<0.01$), planiranje i informisanje (20,74 vs 20,16; $t=2,004$; $df=249$, $p<0.05$). Značajno niže aritmetičke sredine dobijene su na subskalama samookrivljavanje (2,76 vs 3,30; $t=-3,157$; $df=249$; $p<0.01$) i traženje podrške partnera (8,45 vs 9,03; $t=-3,126$; $df=249$, $p<0.01$), dok su na sledećim skalama aritmetičke sredine u skladu sa očekivanim za normu kliničke populacije: deljenje sa drugima (8,29 vs 8,32; $t=-0,157$; $df=249$; $p=0.875$), spiritualno prevladavanje (6,19 vs 6,64; $t=-1,554$; $df=249$; $p=0.124$) i nadanje (8,93 vs 8,61; $t=1,952$; $df=249$; $p=0.052$) (Benyamini i sar., 2008).

Za ukupne prosečne skorove svih varijabli prikazanih u Tabeli 4, mera skjunisa govori o normalnoj raspodeli, s obzirom da nijedna mera ne prelazi kritičnu vrednost za normalnu raspodelu (1.96 za nivo 0.05). Negativan predznak kod mera skjunisa za *Skalu rezilijentnosti*, *Skalu samoefikasnosti kod problema steriliteta*, upitnik *Problemi sa plodnošću*, *Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*, subskele Upitnika prevladavanja neplodnosti: *prihvatanje*, *pozitivna reinterpretacija*, *podrška partnera*, *kompensacija*, *ulaganje u sebe*, *socijalna podrška*, *planiranje i informisanje* i *nadanje*, ukazuje na to da su skorovi ispitanica iz kliničke grupe u većoj meri grupisani oko viših vrednosti na ovim skalama. Za subskele Upitnika prevladavanja neplodnosti: *socijalno povlačenje*, *poricanje*, *samookrivljavanje*, *samozanemarivanje*, *deljenje sa drugima* i *spiritualno prevladavanje*, pozitivna vrednost mere skjunisa ukazuje na to da većina ispitanica ostvaruje niže skorove na navedenim skalama.

Poređenje razlika na primenjenim instrumentima između kliničke i kontrolne grupe

Kako bi se utvrdilo da li postoji statistički značajna razlika u izraženosti rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, generalnog stresa i kvaliteta života između kliničke i kontrolne grupe ispitanica primenjen je T-test za nezavisne uzorke. Procena značajnosti dobijenih razlika korigovana je Bonferonijevim postupkom. Imajući u vidu da ukupno postoji 18 poređenja između kliničke i kontrolne grupe ispitanica, nivo značajnosti iznosi 0.0028 (0.05/18).

Deskriptivna analiza skorova dobijenih na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoefikasnosti, Skali doživljenog stresa i Skali kvaliteta života za dve grupe ispitanica i rezultati T-testa za nezavisne uzorke prikazani su u Tabeli 5.

Tabela 5. Deskriptivna analiza i T-test za nezavisne uzorke za Skalu rezilijentnosti, Skalu opšte samoefikasnosti, Skalu doživljenog stresa i Skalu kvaliteta života za kliničku i kontrolnu grupu (N=500)

		Min	Max	M	SD	t	df	Sig.
Skala rezilijentnosti	Klinička grupa	19	75	53,75	10,977	-14,879	498	,000
	Kontrolna grupa	19	97	71,37	15,169			
Skala opšte samoefikasnosti	Klinička grupa	18	40	32,05	4,457	-1,286	498	,199
	Kontrolna grupa	12	40	32,57	4,652			
Skala doživljenog stresa	Klinička grupa	9	42	25,70	5,583	2,448	498	,015
	Kontrolna grupa	7	42	24,37	6,580			
Skala kvaliteta života	Klinička grupa	29	112	84,64	15,029	4,235	498	,000
	Kontrolna grupa	34	111	79,25	13,392			

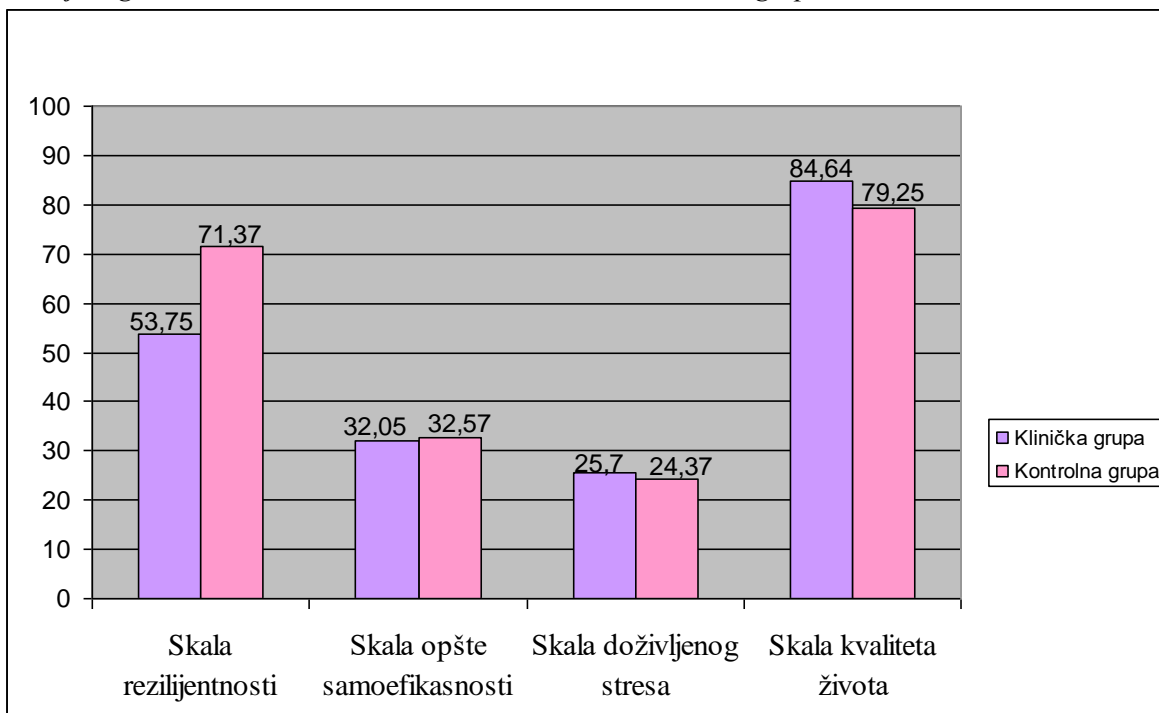
Na osnovu dobijenih podataka prikazanih u Tabeli 5, može se zaključiti sledeće: postoji statistički značajna razlika u izraženosti rezilijentnosti ($t=-14,879$; $p<0.0028$) i generalnog kvaliteta života ($t=4,235$; $p<0.0028$) između kliničke i kontrolne grupe. Žene koje imaju problem sa sterilitetom ispoljavaju značajno niže nivoe rezilijentnosti, a više nivoe generalnog kvaliteta života u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica.

Dodatno, ispitana je značajnost razlika dobijena na navedenim upitnicima kada je reč o kliničkoj grupi, trudnicama i majkama (kontrolna grupa). Rezultati univarijatne analize varijanse ukazuju da, između 3 grupe ispitanica, postoji statistički značajna razlika u izraženosti rezilijentnosti ($F=143,684$; $df=2, 497$; $p<0.01$) i nivou generalnog kvaliteta života ($F=13,933$; $df=2,497$, $p<0.01$). Kada je reč o prosečnim skorovima, ispitanice iz kliničke grupe na *Skali rezilijentnosti* ostvaruju najniži prosečan skor (klinička grupa – $M=53,75$; trudnice – $M=59,44$; majke – $M=73,85$), dok na *Skali kvaliteta života* majke ostvaruju najniži prosečan skor (klinička grupa – $M=84,64$; trudnice – $M=85,33$; majke – $M=77,99$). Kako bi se sve tri grupe ispitanica poredile međusobno, u okviru univarijatne analize varijanse korišćena je i analiza kontrasta. Na osnovu analize kontrasta može se zaključiti da, u pogledu izraženosti rezilijentnosti postoji statistički značajna razlika između kliničke grupe i trudnica ($t=2,718$; $df=497$, $p<0.01$), kliničke grupe i majki ($t=16,868$; $df=497$; $p<0.01$) i trudnica i majki ($t=6,781$; $df=497$; $p<0.01$). Zatim, kada je reč o kvalitetu

života, postoji značajna razlika između kliničke grupe i majki ($t=-5,017$; $df=497$; $p<0.01$) i trudnica i majki ($t=-3,101$; $df=497$; $p<0.01$), dok razlika između kliničke grupe i trudnica nije statistički značajna ($t=0,293$; $df=497$; $p=0.77$).

Prosečni skorovi na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoefikasnosti, Skali doživljenog stresa i Skali kvaliteta života za kliničku i kontrolnu grupu, prikazani su na Grafikonu 2.

Grafikon 2. Prosečne vrednosti na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoefikasnosti, Skali doživljenog stresa i Skali kvaliteta života za kliničku i kontrolnu grupu



Deskriptivna analiza skorova na subskalama *Upitnika prevladavanja – kraća verzija* za dve grupe ispitanica i rezultati T-testa za nezavisne uzorke, prikazani su u Tabeli 6.

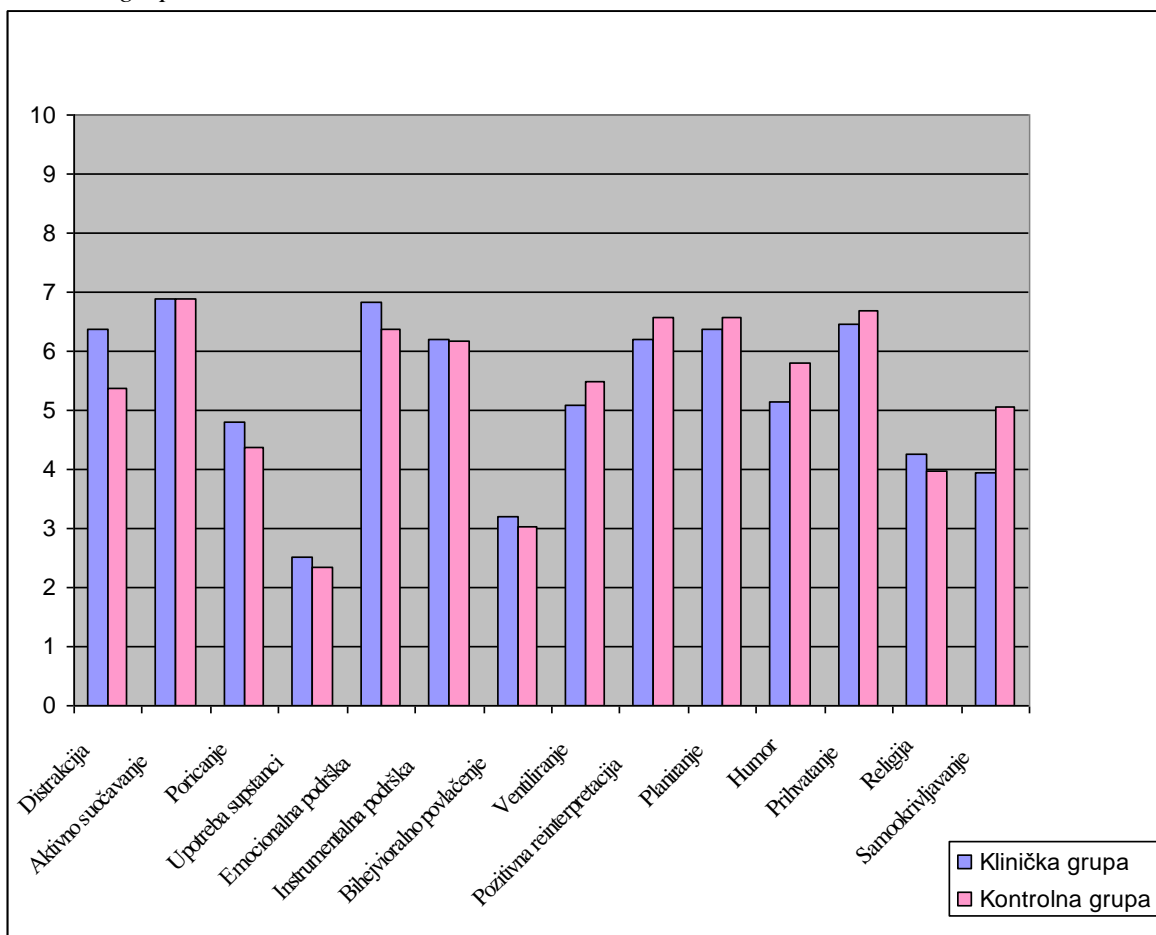
Tabela 6. Deskriptivna analiza i T-test za nezavisne uzorke za *Upitnik prevladavanja – kraća verzija* za kliničku i kontrolnu grupu (N=500)

		Min	Max	M	SD	t	df	Sig.
Distrakcija	Klinička grupa	2	8	6,38	1,418	7,459	498	,000
	Kontrolna grupa	2	8	5,36	1,632			
Aktivno suočavanje	Klinička grupa	2	8	6,90	1,285	-,113	498	,910
	Kontrolna grupa	3	8	6,90	1,073			
Poricanje	Klinička grupa	2	8	4,79	1,737	2,735	498	,006
	Kontrolna grupa	2	8	4,38	1,629			
Upotreba supstanci	Klinička grupa	2	8	2,52	1,145	1,987	498	,047
	Kontrolna grupa	1	8	2,33	0,913			
Emocionalna podrška	Klinička grupa	2	8	6,83	1,355	3,530	498	,000
	Kontrolna grupa	2	8	6,36	1,622			
Instrumentalna podrška	Klinička grupa	2	8	6,20	1,427	,318	498	,751
	Kontrolna grupa	2	8	6,16	1,384			
Bihevioralno povlačenje	Klinička grupa	2	8	3,20	1,590	1,176	498	,240
	Kontrolna grupa	2	7	3,04	1,284			
Ventiliranje	Klinička grupa	2	8	5,09	1,609	-2,732	498	,007
	Kontrolna grupa	2	8	5,48	1,599			
Pozitivna reinterpretacija	Klinička grupa	2	8	6,20	1,383	-3,175	498	,002
	Kontrolna grupa	3	8	6,58	1,263			
Planiranje	Klinička grupa	2	8	6,37	1,468	-1,833	498	,067
	Kontrolna grupa	3	8	6,58	1,092			
Humor	Klinička grupa	2	8	5,15	1,933	-4,024	498	,000
	Kontrolna grupa	2	8	5,81	1,729			
Prihvatanje	Klinička grupa	2	8	6,45	1,403	-2,220	498	,027
	Kontrolna grupa	3	8	6,70	1,165			
Religija	Klinička grupa	2	8	4,26	1,944	1,652	498	,099
	Kontrolna grupa	2	8	3,97	2,009			
Samookrivljavanje	Klinička grupa	2	8	3,94	1,620	-7,993	498	,000
	Kontrolna grupa	2	8	5,06	1,512			

Na osnovu dobijenih podataka prikazanih u Tabeli 6, može se zaključiti sledeće: postoji statistički značajna razlika u primeni distrakcije ($t=7,459$; $p<0.0028$), emocionalne podrške ($t=3,530$; $p<0.0028$), pozitivne reinterpretacije ($t=-3,175$; $p<0.0028$), humora ($t=-4,024$; $p<0.0028$), samookrivljanja ($t=-7,993$; $p<0.01$) između kliničke i kontrolne grupe ispitanica. Žene koji imaju problem sa sterilitetom značajno češće koriste distrakciju i emocionalnu podršku, a značajno manje učestalo primenjuju pozitivnu reinterpretaciju, humor i samookrivljanje, u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica.

Prosečni skorovi na subskalama Upitnika prevladavanja-kraća verzija za kliničku i kontrolnu grupu, prikazani su na Grafikonu 3.

Grafikon 3. Prosečne vrednosti na subskalama Upitnika prevladavanja-kraća verzija za kliničku i kontrolnu grupu



Faktorska analiza

Imajući u vidu ciljeve istraživanja, odnosno ispitivanje korelacija i medijacija zavisnih i nezavisnih varijabli, na subskalama mehanizama prevladavanja primenjena je faktorska analiza. Rezultati faktorske analize prikazani su najpre za subskale opštih mehanizama prevladavanja, a potom za subskale specifičnih strategija.

Za subskale na *Upitniku prevladavanja-kraća verzija* (opšti mehanizmi prevladavanja) urađena je faktorska analiza metodom glavnih komponenti uz *varimax* rotaciju glavnih osa, uz unapred zadat broj faktora (2) kako bi se strategije prevladavanja koje su relevantne za dalju obradu podataka grupisale u nove varijable (aktivne i izbegavajuće strategije). Nakon primene faktorske analize isključene su subskale koje su pokazivala mala zasićenja, a subskale koje čine dva faktora su sledeće: *aktivno suočavanje, pozitivna reinterpetacija, prihvatanje, planiranje* (**opšte aktivne strategije prevladavanja**) i *bihejvioralno povlačenje, upotreba supstanci, samookrivljavanje, poricanje* (**opšte izbegavajuće strategije prevladavanja**). Korelacije subskala date su u Prilogu 1. Konačni rezultati faktorske analize prikazani su u Tabelama 7, 8 i 9.

Tabela 7. *KMO mera adekvatnosti uzorkovanja i Bartlett test sferičnosti (N=500)*

Kaiser-Meyer-Olkin mera adekvatnosti uzorkovanja		,692
Bartlett test sferičnosti	Hi kvadrat	708,788
	df	28
	Sig.	,000

Tabela 8. Ukupna objašnjena varijansa (N=500)

Faktor	Svojstvene vrednosti			Svojstvene vrednosti rotiranih faktora		
	Ukupno	% Varijanse	Kumulativni %	Ukupno	% Varijanse	Kumulativni %
1	2,366	29,580	29,580	2,239	27,989	27,989
2	1,792	22,397	51,977	1,919	23,987	51,977
3	,844	10,548	62,525			
4	,801	10,010	72,535			
5	,746	9,329	81,864			
6	,537	6,713	88,577			
7	,479	5,987	94,564			
8	,435	5,436	100,000			

Tabela 9. Matrica strukture ekstrahovanih faktora (N=500)

	Faktori na Upitniku prevladavanja – kraća verzija	
	Opšte aktivne strategije prevladavanja	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja
Aktivno suočavanje	,733	
Pozitivna reinterpretacija	,730	
Prihvatanje	,728	
Planiranje	,692	
Bihevioralno povlačenje		,780
Upotreba supstanci		,652
Samookrivljanje		,635
Poricanje		,631

Kao što se može videti u Tabeli 9, nakon primene faktorske analize metodom glavnih komponenti, izdvojena su 2 faktora na *Upitniku prevladavanja-kraća verzija* koja će se koristiti u daljoj obradi podataka.

Za subskale na *Upitniku prevladavanja neplodnosti* (specifični mehanizmi prevladavanja) takođe je urađena faktorska analiza metodom glavnih komponenti uz *varimax* rotaciju glavnih osa, uz unapred zadat broj faktora kako bi se strategije prevladavanja koje su relevantne za dalju obradu podataka grupisale u nove varijable (Benyamini i sar., 2008). Uzimajući u obzir grupisanje subskala u prethodnim istraživanjima i dobijena zasićenja, nakon primene faktorske analize izdvojena su 3 faktora: **usmerenost na problem kao strategija prevladavanja** (*planiranje i informisanje i traženje socijalne podrške*), **briga o sebi kao strategija prevladavanja** (*ulaganje u sebe i kompenzacija*) i **specifične izbegavajuće strategije prevladavanja** (*socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje i samozanemarivanje*). Korelacije subskala date su u Prilogu 2. Konačni rezultati faktorske analize prikazani su u Tabelama 10, 11 i 12.

Tabela 10. KMO mera adekvatnosti uzorkovanja i Bartlett test sferičnosti (N=250)

Kaiser-Meyer-Olkin mera adekvatnosti uzorkovanja		,717
Bartlett test sferičnosti	Hi kvadrat	757,969
	df	28
	Sig.	,000

Tabela 11. Ukupna objašnjena varijansa (N=250)

Faktor	Svojevredne vrednosti			Svojevredne vrednosti rotiranih faktora		
	Ukupno	% Varijanse	Kumulativni %	Ukupno	% Varijanse	Kumulativni %
1	3,012	37,655	37,655	2,807	35,088	35,088
2	1,982	24,775	62,431	1,698	21,219	56,306
3	1,097	13,712	76,143	1,587	19,837	76,143
4	,530	6,621	82,764			
5	,438	5,478	88,243			
6	,369	4,609	92,852			
7	,306	3,820	96,672			
8	,266	3,328	100,000			

Tabela 12. Matrica strukture ekstrahovanih faktora (N=250)

	Faktori na Upitniku prevladavanja neplodnosti		
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	Briga o sebi kao strategija prevladavanja
Samookrivljanje	,876		
Socijalno povlačenje	,838		
Poricanje	,821		
Samozanemarivanje	,800		
Socijalna podrška		,909	
Planiranje i informisanje		,897	
Ulaganje u sebe			,875
Kompenzacija			,863

Na ovaj način, primenom faktorske analize, kao što je prikazano u Tabeli 12, dobijena su 3 faktora na *Upitniku prevladavanja neplodnosti* koja su korišćena u daljoj obradi podataka.

Povezanost sociodemografskih, zavisnih i nezavisnih varijabli

Za ispitivanje povezanosti skupa sociodemografskih varijabli i skupa zavisnih i nezavisnih varijabli primenjena je kanonička korelaciona analiza. Najpre je ispitana povezanost skupa opštih sociodemografskih varijabli (godine starosti, dužina partnerske veze, zaposlenje) i skupa opštih varijabli (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, generalni stres i kvalitet života, opšte aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja) na celokupnom uzorku. Zatim, ispitana je povezanost navedenih skupova varijabli sa dodatim specifičnim sociodemografskim varijablama (želja za roditeljstvom, dužina pokušaja začeca, lečenje steriliteta) i varijablama u kontekstu steriliteta (specifična samoefikasnost, stres, kvalitet života, mehanizmi prevladavanja) na kliničkom uzorku.

Kako bi se ispitala povezanost finansija i skorova na upitnicima zavisnih i nezavisnih varijabli na celokupnom uzorku, primenjena je univarijatna analiza varijanse, s obzirom da je varijabla *ukupna mesečna primanja* kategorička sa 3 kategorije. Takođe, da bi se ispitao efekat uzroka steriliteta na izraženost opštih i specifičnih zavisnih i nezavisnih varijabli na kliničkom uzorku, primenjena je univarijatna analiza varijanse (varijabla *uzrok steriliteta* je kategorička varijabla sa 4 kategorije). S obzirom da ni na jednoj varijabli uticaj uzroka steriliteta nije statistički značajan, rezultati su dati u Prilogu 3.

Povezanost skupa opštih sociodemografskih varijabli sa opštim varijablama povezanim sa doživljajem stresa na kliničkom i kontrolnom uzorku

Rezultati kanoničke korelacione analize za klinički i kontrolni uzorak prikazani su u Tabelama 13 i 14.

Tabela 13. Koeficijenti kanoničkih korelacija i njihova značajnost za kliničku i kontrolnu grupu (N=500)

		Rho	Lambda	Hi2	df	značajnost	N
Klinička grupa	1	.320	.860	36.906	18.000	.005	250
	2	.192	.957	10.606	10.000	.389	
	3	.077	.994	1.443	4.000	.837	
Kontrolna grupa	1	.326	.849	39.866	18.000	.002	250
	2	.194	.950	12.522	10.000	.252	
	3	.114	.987	3.185	4.000	.527	

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 13 može se zaključiti da se i na kliničkom i na kontrolnom uzorku izdvaja po jedan način povezivanja dva skupa varijabli ($p < 0.01$).

Tabela 14. Kanonički koeficijenti i faktori oba skupa varijabli za celokupan uzorak (N=500)

		Klinička grupa		Kontrolna grupa	
		Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori	Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori
Skup sociodemografskih varijabli	Godine starosti	-.991	-.966	-.710	-.948
	Zaposlenje	-.245	-.096	.188	.375
	Dužina partnerske veze	-.103	-.188	-.328	-.781
Skup karakteristika povezanih sa doživljajem stresa	Rezilijentnost	.464	.376	-1.136	-.583
	Opšta samoeфикаsnost	.331	.443	.845	.305
	Generalni stres	.523	.303	-.055	-.137
	Generalni kvalitet života	.406	.401	.237	.269
	Opšte aktivne strategije prevladavanja	-.711	-.492	.138	-.022
	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	.046	.182	.165	.076

Na osnovu dobijenih rezultata prikazanih u Tabeli 14, može se zaključiti sledeće:

- na kliničkom delu uzorka, ispitanice koje su starije ispoljavaju nižu rezilijentnost i generalnu samoefikasnost, doživljavaju niži nivo generalnog stresa ali i niži kvalitet života i učestalije primenjuju aktivne strategije prevladavanja;
- na kontrolnom delu uzorka ispitanice koje su starije, koje su zaposlene i duže u partnerskoj vezi ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i niži nivo generalne samoefikasnosti.

Povezanost skupa opštih i specifičnih sociodemografskih varijabli sa opštim i specifičnim varijablama povezanim sa doživljajem stresa na kliničkom uzorku

Rezultati kanoničke korelacione analize za klinički uzorak prikazani su u Tabelama 15 i 16.

Tabela 15. Koeficijenti kanoničkih korelacija i njihova značajnost za klinički uzorak (N=250)

	Rho	Lambda	Hi2	df	značajnost
1	.621	.475	178.144	72.000	.000
2	.327	.774	61.402	55.000	.257
3	.227	.867	34.234	40.000	.727
4	.212	.914	21.507	27.000	.762
5	.164	.957	10.520	16.000	.838
6	.129	.983	3.992	7.000	.781

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 15, može se izdvojiti jedan način ($p < 0.01$) povezivanja skupa sociodemografskih i skupa opštih i specifičnih varijabli povezanih sa doživljajem stresa na kliničkom uzorku.

Tabela 16. Kanonički koeficijenti i faktori oba skupa varijabli za klinički uzorak (N=250)

		Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori
Skup sociodemografskih varijabli	Godine starosti	-.241	-.410
	Zaposlenje	-.028	.049
	Dužina partnerske veze	-.183	-.196
	Želja za roditeljstvom	.889	.934
	Dužina pokušaja začeca	.093	-.027
	Lečenje neplodnosti	-.224	-.176
Skup karakteristika povezanih sa doživljajem stresa	Rezilijentnost	.489	.314
	Opšta samoeфикаsnost	-.015	.277
	Samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta	.080	-.028
	Generalni stres	.245	.320
	Stres u kontekstu steriliteta	.841	.785
	Generalni kvalitet života	.028	.051
	Kvalitet života u kontekstu steriliteta	.280	-.099
	Opšte aktivne strategije prevladavanja	-.275	-.157
	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	-.018	.262
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	-.068	.389
	Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	.315	.258
	Briga o sebi kao strategija prevladavanja	-.186	-.088

Na osnovu dobijenih rezultata, prikazanih u Tabeli 16, može se zaključiti da među ispitanicama koje imaju problem sa sterilitetom, one koje su mlađe i kod kojih je prisutna veća želja za roditeljstvom ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti, ali i viši generalni stres i stres u kontekstu steriliteta.

Povezanost ukupnih mesečnih primanja i opštih i specifičnih varijabli povezanih sa doživljajem stresa na celokupnom i kliničkom uzorku

Na osnovu ukupnih mesečnih primanja ispitanice su grupisane u jednu od tri kategorije: manje od 50. 000 dinara, 50. 000 – 100. 000 dinara i preko 100. 000 dinara. Procena značajnosti dobijenih razlika korigovana je Bonferonijevim postupkom. Imajući u vidu da postoji po 6 poređenja u svakoj primenjenoj univarijantnoj analizi varijanse, nivo značajnosti iznosi 0.008 (0.05/6).

Deskriptivna analiza i rezultati univarijantne analize varijanse za Skalu rezilijentnosti, Skalu opšte samoefikasnosti, Skalu doživljenog stresa, Skalu kvaliteta života i faktore Upitnika prevladavanja-kraća verzija za klinički i kontrolni uzorak, prikazani su u Tabelama 17 i 18.

Tabela 17. Deskriptivna analiza Skale rezilijentnosti, Skale opšte samoefikasnosti, Skale doživljenog stresa, Skale kvaliteta života i faktora Upitnika prevladavanja-kraća verzija u zavisnosti od ukupnih mesečnih primanja (N=500)

Ukupna mesečna primanja (izražena u dinarima)		Klinička grupa		Kontrolna grupa	
		M	SD	M	SD
Skala rezilijentnosti	do 50.000	54,87	11,278	69,17	16,476
	50.000 – 100.000	52,76	11,292	69,67	15,145
	preko 100.000	55,69	8,584	75,50	13,465
Skala opšte samoefikasnosti	do 50.000	32,40	4,499	32,62	4,440
	50.000 – 100.000	31,85	4,468	32,16	4,731
	preko 100.000	32,20	4,411	33,14	4,687
Skala doživljenog stresa	do 50.000	25,90	5,149	25,98	6,600
	50.000 – 100.000	25,94	5,835	24,87	6,363
	preko 100.000	24,34	5,252	22,41	6,488
Skala kvaliteta života	do 50.000	84,06	16,343	76,71	14,245
	50.000 – 100.000	84,48	14,518	78,05	13,457
	preko 100.000	86,49	14,783	82,90	11,980
Opšte aktivne strategije prevladavanja	do 50.000	6,42	1,097	6,71	,739
	50.000 – 100.000	6,47	1,046	6,63	,876
	preko 100.000	6,64	,830	6,77	,746
Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	do 50.000	3,93	1,143	3,86	,944
	50.000 – 100.000	3,58	1,129	3,77	,838
	preko 100.000	3,13	,828	3,49	,813

Tabela 18. Univarijatna analiza varijanse Skale rezilijentnosti, Skale opšte samoeфикаsnosti, Skale doživljenog stresa, Skale kvaliteta života i faktora Upitnika prevladavanja-krača verzija u zavisnosti od ukupnih mesečnih primanja (N=500)

Ukupna mesečna primanja	Klinička grupa			Kontrolna grupa		
	df	F	p	df	F	p
Skala rezilijentnosti	2;247	1,482	,229	2;247	4,331	,014
Skala opšte samoeфикаsnosti	2;247	,371	,690	2;247	1,039	,356
Skala doživljenog stresa	2;247	1,213	,299	2;247	5,765	,004
Skala generalnog kvaliteta života	2;247	,322	,725	2;247	4,519	,012
Opšte aktivne strategije prevladavanja	2;247	,512	,600	2;247	,692	,501
Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	2;247	6,255	,002	2;247	3,683	,027

Na osnovu rezultata univarijatne analize varijanse prikazane u Tabelama 17 i 18, može se zaključiti sledeće:

- na kliničkom delu uzorka ukupni mesečni prihodi su statistički značajno povezani sa primenom opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (F=6,255; p<0.008). Među ženama koje imaju problem sa sterilitetom, izbegavajuće strategije prevladavanja najviše primenjuju one sa ukupnim primanjima ispod 50.000 dinara, a najmanje one sa primanjima preko 100.000 dinara (M=3,93 vs M=3,13);
- na kontrolnom delu uzorka ukupni mesečni prihodi imaju značajan efekat na izraženost generalnog stresa (F=5,765; p<0.008). Na kontrolnom delu uzorka kod ispitanica sa najmanjim mesečnim primanjima (ispod 50. 000 dinara) najviše je izražen nivo generalnog stresa (M=25,98). Sa druge strane, ispitanice sa najvećim mesečnim prihodima (preko 100.000 dinara) ispoljavaju najniže nivoe stresa (M=22,41).

Deskriptivna analiza i rezultati univarijatne analize varijanse za Skalu samoefikasnosti kod problema steriliteta, upitnik Problema sa plodnošću, Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i faktore Upitnika prevladavanja neplodnosti za klinički uzorak, prikazani su u Tabelama 19 i 20.

Tabela 19. Deskriptivna analiza Skale samoefikasnosti kod problema steriliteta, Problema sa plodnošću, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica u zavisnosti od ukupnih mesečnih primanja (N=250)

Ukupna mesečna primanja (izražena u dinarima)			
		M	SD
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	do 50.000	102,09	23,335
	50.000 – 100.000	108,28	22,006
	preko 100.000	110,26	18,632
Problemi sa plodnošću	do 50.000	146,01	27,240
	50.000 – 100.000	135,58	29,099
	preko 100.000	123,34	29,151
Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	do 50.000	64,43	11,673
	50.000 – 100.000	65,54	11,200
	preko 100.000	66,44	8,872
Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	do 50.000	15,48	3,056
	50.000 – 100.000	15,39	3,983
	preko 100.000	15,44	4,220
Briga o sebi kao strategija prevladavanja	do 50.000	9,73	2,992
	50.000 – 100.000	9,34	2,844
	preko 100.000	10,67	2,646
Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	do 50.000	3,70	2,592
	50.000 – 100.000	3,14	2,206
	preko 100.000	2,20	1,739

Tabela 20. Univarijatna analiza varijanse Skale samoeфикаsnosti kod problema steriliteta, Problema sa plodnošću, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica u zavisnosti od ukupnih mesečnih primanja (N=250)

Ukupna mesečna primanja	Klinička grupa		
	df	F	p
Samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta	2;247	2,333	,099
Stres u kontekstu steriliteta	2;247	7,529	,001
Kvalitet života u kontekstu steriliteta	2;247	,440	,644
Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	2;247	,015	,985
Briga o sebi kao strategija prevladavanja	2;247	3,136	,045
Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	2;247	5,108	,007

Na osnovu rezultata univarijatne analize varijanse prikazanih u Tabelama 19 i 20, može se zaključiti sledeće: na uzorku žena koje imaju problem sa sterilitetom postoji statistički značajan efekat ukupnih mesečnih prihoda na izraženost stresa u kontekstu steriliteta ($F=7,529$; $p<0.008$) i na učestalost primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja ($F=5,108$, $p<0.008$). Kod ispitanica sa ukupnim primanjima ispod 50.000 dinara najviše je izražen stres u kontekstu steriliteta, dok je kod onih sa primanjima preko 100.000 dinara najmanje prisutan ($M=146,01$ vs $M=123,34$). S obzirom na dobijene rezultate, univarijatna analiza varijanse korišćena je i za proveru značajnosti razlika na subskalama stresa u kontekstu steriliteta. Statistički značajne razlike u izraženosti stresa u odnosu na ukupna mesečna primanja dobijene su na subskalama *seksualni aspekt* ($F=5,616$; $p<0.01$), *partnerski odnos* ($F=5,750$; $p<0.01$) i *neprihvatanje života bez dece* ($F=6,596$; $p<0.01$). Na sve tri subskale stres je najviše izražen kod ispitanica sa prihodima ispod 50.000 dinara, a najmanje kod onih sa ukupnim primanjima većim od 100.000 dinara (seksualni aspekt: 19,87 vs 14,34; partnerski odnos: 26,47 vs 20,57; neprihvatanje života bez dece: 44,81 vs 37,51). Zatim, izbegavajuće strategije prevladavanja u kontekstu steriliteta najčešće koriste ispitanice sa prihodima manjim od 50.000 dinara, a najmanje učestalo one sa prihodima preko 100.000 dinara ($M=3,70$ vs $M=2,20$).

Povezanost opštih i specifičnih nezavisnih i zavisnih varijabli

Korelaciona analiza između opštih zavisnih i nezavisnih varijabli na kliničkom i kontrolnom uzorku

Kako bi se ispitala povezanost između skorova na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoefikasnosti, Skali doživljenog stresa, Skali kvaliteta života i Upitnika prevladavanja – kraća verzija za kliničku i kontrolnu grupu, primenjena je korelaciona analiza. Procena značajnosti dobijenih korelacija korigovana je Bonferonijevim postupkom. Imajući u vidu da svaka skala korelira sa ostalih pet po dva puta nivo značajnosti iznosi 0.005 (0.05/10). Dobijeni rezultati prikazani su u Tabeli 21.

Tabela 21. Korelaciona analiza između skorova na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoefikasnosti, Skali doživljenog stresa, Skali kvaliteta života i faktora Upitnika prevladavanja – kraća verzija za kliničku i kontrolnu grupu (N=500)

		Skala opšte samoefikasnosti	Opšte aktivne strategije prevladavanja	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	Skala doživljenog stresa	Skala kvaliteta života
Skala rezilijentnosti	Klinička grupa	,731*	,381*	-,076	-,409*	,389*
	Kontrolna grupa	,557*	,480*	-,268*	-,242*	,200*
Skala opšte samoefikasnosti	Klinička grupa	1	,306*	-,016	-,297*	,360*
	Kontrolna grupa	1	,425*	-,343*	-,337*	,304*
Opšte aktivne strategije prevladavanja	Klinička grupa		1	-,071	-,255*	,190*
	Kontrolna grupa		1	-,134	-,205*	,155
Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	Klinička grupa			1	,315*	-,094
	Kontrolna grupa			1	,384*	-,269*
Skala doživljenog stresa	Klinička grupa				1	-,316*
	Kontrolna grupa				1	-,452*

* Korelacija je značajna na nivou 0.005

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 21, i značajnosti pirsonovih koeficijenata korelacije može se zaključiti sledeće:

- kod obe grupe ispitanica rezilijentnost značajno pozitivno korelira sa opštom samoefikasnošću i generalnim kvalitetom života, a negativno sa generalnim stresom;
- kod obe grupe ispitanica viši nivoi rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti povezani su sa češćom primenom aktivnih strategija prevladavanja, dok u kontrolnoj grupi rezilijentnost i opšta samoefikasnost negativno koreliraju i sa primenom opštih izbegavajućih strategija prevladavanja;
- kod obe grupe ispitanica opšta samoefikasnost značajno pozitivno korelira sa generalnim kvalitetom života, a negativno sa generalnim stresom;
- kod obe grupe ispitanica učestalija primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa nižim nivoom stresa, a u kliničkoj grupi i sa višim kvalitetom života;
- kod obe grupe ispitanica učestalija primena opštih izbegavajućih strategija prevladavanja povezana je sa višim nivoom stresa, a kod kontrolne grupe i sa nižim kvalitetom života;
- kod obe grupe ispitanica doživljeni generalni stres negativno korelira sa kvalitetom života.

Korelaciona analiza između specifičnih zavisnih i nezavisnih varijabli na kliničkom uzorku

Korelaciona analiza skorova na Skali rezilijentnosti, Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta, Problema sa plodnošću, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica prikazana je u Tabeli 22. Procena značajnosti dobijenih korelacija korigovana je Bonferonijevim postupkom. Imajući u vidu da svaka skala korelira sa ostalih pet, nivo značajnosti iznosi 0.01 (0.05/5).

Tabela 22. Korelaciona analiza između skorova na Skali rezilijentnosti, Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta, Problema sa plodnošću, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica (N=250)

	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	Usmerenost na problem kao mehanizam prevladavanja	Briga o sebi kao mehanizam prevladavanja	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	Problemi sa plodnošću	Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću
Skala rezilijentnosti	,495*	,212*	,336*	-,095	-,134*	,324*
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	1	,108	,210*	-,262*	-,350*	,450*
Usmerenost na problem kao mehanizam prevladavanja		1	,341*	,146	,153*	-,021
Briga o sebi kao mehanizam prevladavanja			1	,124	-,081	,060
Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja				1	,559*	-,360*
Problemi sa plodnošću					1	-,506*

* Korelacija je značajna na nivou 0.01

Na osnovu rezultata korelacione analize sa specifičnim varijablama na kliničkom uzorku, prikazanih u Tabeli 22, može se zaključiti sledeće:

- rezilijentnost pozitivno korelira sa samoeфикасношću u kontekstu steriliteta;
- rezilijentnost i samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta značajno pozitivno koreliraju sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta, a negativno sa stresom u kontekstu steriliteta;
- viši nivo rezilijentnosti povezan je sa učestalijom primenom strategija prevladavanja: usmerenost na problem i briga o sebi;
- viši nivo samoeфикаsnosti u kontekstu steriliteta povezan je sa češćom primenom brige o sebi kao strategije prevladavanja i manje učestalom primenom specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja;
- učestalija primena usmerenosti na problem kao strategije prevladavanja povezana je sa višim nivoom stresa u kontekstu steriliteta;
- ispitanice koje češće primenjuju specifične izbegavajuće strategije prevladavanja izveštavaju o višem nivou stresa i nižem kvalitetu života u kontekstu steriliteta;
- nivo doživljenog stresa u kontekstu steriliteta značajno negativno korelira sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta.

S obzirom da su glavni problemi ovog istraživanja stres i kvalitet života kod žena koje imaju problem sa sterilitetom, dodatno su ispitane korelacije subskala upitnika *Problemi sa plodnošću* i *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* sa nezavisnim specifičnim varijablama (kanonička korelaciona analiza). Dobijeni rezultati prikazani su u Tabelama 23 i 24.

Tabela 23. Koeficijenti kanoničkih korelacija i njihova značajnost za klinički uzorak (N=250)

	Rho	Lambda	Hi2	df	značajnost
1	.676	.361	247.089	35.000	.000
2	.436	.665	98.908	24.000	.000
3	.353	.821	47.845	15.000	.000
4	.231	.938	15.610	8.000	.048
5	.098	.990	2.320	3.000	.509

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 23 mogu se izdvojiti četiri načina ($p < 0.01$ i $p < 0.05$) na koja se može povezati skup nezavisnih specifičnih varijabli i skup subskala stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta.

Tabela 24. Kanonički koeficijenti i faktori oba skupa varijabli za klinički uzorak (N=250)

		Kanonički koeficijenti				Kanonički faktori			
		F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
Skup nezavisnih specifičnih varijabli	Rezilijentnost	-.032	.131	.518	-.253	-.280	.464	.565	.048
	Samoefikasnost u kontekstu steriliteta	-.370	.652	.253	-.214	-.594	.620	.411	-.030
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	.805	.562	.159	-.338	.919	.371	.071	-.082
	Usmerenost na problem kao mehanizam prevladavanja	.154	-.459	.734	.551	.204	-.116	.673	.686
	Briga o sebi kao mehanizam prevladavanja	-.063	.478	-.649	.767	.001	.572	-.152	.783
Skup subskala stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta	Socijalni aspekt	.394	.047	-.241	.361	.816	.087	-.266	.091
	Seksualni aspekt	.069	-.062	.522	.069	.763	.179	.112	-.032
	Partnerski odnos	.150	.530	-.225	-.986	.674	.392	-.177	-.557
	Potreba za roditeljstvom	-.097	-.812	.189	-.714	.146	-.752	.440	-.411
	Neprihvatanje života bez dece	.411	.268	.634	.545	.586	-.150	.705	.081
	Jezgrovni kvalitet života	-.349	.321	.394	.004	-.809	.285	.286	.101
	Kvalitet života u domenu tretmana	-.044	.256	.364	-.295	-.357	.386	.535	-.277

Na osnovu dobijenih rezultata na kliničkom uzorku prikazanih u Tabeli 24, može se zaključiti sledeće:

- pacijentkinje koje ispoljavaju niži nivo samoefikasnosti u kontekstu steriliteta i češće primenjuju izbegavajuće strategije prevladavanja, ispoljavaju viši nivo specifičnog stresa (*Problemi sa plodnošću*) na subskalama socijalni aspekt, partnerski odnos i neprihvatanje života bez dece i niži kvalitet života na subskali jezgrovni kvalitet života (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*);
- pacijentkinje koje ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti i češće primenjuju specifične izbegavajuće strategije prevladavanja i brigu o sebi kao mehanizam prevladavanja, doživljavaju viši nivo stresa (*Problemi sa plodnošću*) na subskali partnerski odnos, a niži nivo stresa na subskali potreba za roditeljstvom, i imaju veći kvalitet života u domenu tretmana (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*);
- pacijentkinje koje ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti u češće primenjuju usmerenost na problem kao strategiju prevladavanja, doživljavaju viši nivo stresa (*Problemi sa plodnošću*) na subskalama potreba za roditeljstvom i neprihvatanje života bez deteta i viši kvalitet života na subskali kvalitet života u domenu tretmana (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*);
- pacijentkinje koje češće primenjuju usmerenost na problem i brigu o sebi kao strategije prevladavanja, doživljavaju niži nivo stresa (*Problemi sa plodnošću*) na subskalama partnerski odnos i potreba za roditeljstvom.

Imajući u vidu da su glavni fokusi ovog istraživanja stres i kvalitet života kod žena koje imaju problem sa sterilitetom, dodatno je ispitana i povezanost skorova na opštim i specifičnim upitnicima stresa i kvaliteta života na kliničkom uzorku (multipla regresiona analiza).

Korelacije subskala upitnika *Problemi sa plodnošću* sa skorom na skali generalnog stresa - *Skala doživljenog stresa* prikazane su u Tabelama 25 i 26.

Tabela 25. Značajnost predikcije skora na Skali doživljenog stresa na osnovu skorova na subskalama upitnika Problemi sa plodnošću na kliničkom uzorku (N=250)

R	R kvadrirano	df	F	Značajnost
,440**	,194	5;244	11,741	,000

**Dobijena korelacija statistički je značajna na nivou 0,01.

Tabela 26. Beta koeficijenti skorova na subskalama upitnika Problemi sa plodnošću kao prediktora skora na Skali doživljenog stresa (N=250)

Prediktori	Beta koeficijenti	t	Značajnost
FPI – socijalni aspekt	,165	2,147	,033
FPI – seksualni aspekt	,150	1,702	,090
FPI – partnerski odnos	,117	1,530	,127
FPI – potreba za roditeljstvom	,171	2,443	,015
FPI – neprihvatanje života bez dece	,076	1,036	,301

*Dobijena korelacija statistički je značajna na nivou 0,05.

Kao što se može videti u Tabeli 25, postoji značajna linearna povezanost između skupa prediktorskih varijabli – subskale upitnika stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*) i kriterijumske varijable – generalni stres (*Skala doživljenog stresa*). Predikcija generalnog stresa na osnovu skorova na subskalama stresa u kontekstu steriliteta iznosi 19,4%.

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 26, može se zaključiti da su subskale upitnika Problemi sa plodnošću – *socijalni aspekt* i *potreba za roditeljstvom* značajni prediktori generalnog stresa (*Skala doživljenog stresa*). Oba beta koeficijenta imaju pozitivan predznak, što govori o tome da ispitanice koje imaju više skorove na subskalama socijalni aspekt i potreba za roditeljstvom ispoljavaju viši generalni stres.

Predikcija generalnog stresa procenjenog *Skalom doživljenog stresa* na osnovu ukupnog skora na upitniku *Problemi sa plodnošću* značajna je (F=58,194; df=1:248; p<0.01) i iznosi 19%. Skor na upitniku *Problemi sa plodnošću* značajan je prediktor skora na *Skali doživljenog stresa* (beta=0.436; t=7,629; p<0.01). Pacijentkinje koje doživljavaju viši stres u kontekstu steriliteta, ispoljiće i viši generalni stres.

Korelacije subskala *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* sa skorom na skali generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) prikazane su u Tabelama 27 i 28.

Tabela 27. Značajnost predikcije skora na Skali kvaliteta života na osnovu skorova na subskalama *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* na kliničkom uzorku (N=250)

R	R kvadrirano	df	F	Značajnost
,375**	,141	2;247	20,225	,000

**Dobijena korelacija statistički je značajna na nivou 0,01.

Tabela 28. Beta koeficijenti skorova na subskalama *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* kao prediktora skora na Skali kvaliteta života na kliničkom uzorku (N=250)

Prediktori	Beta koeficijenti	t	Značajnost
Jezgrovni kvalitet života	,238	3,653	,000
Kvalitet života u domenu tretmana	,207	3,179	,002

**Dobijena korelacija statistički je značajna na nivou 0,01.

Kao što je prikazano u Tabeli 27, postoji značajna linearna povezanost između skupa prediktorskih varijabli – jezgrovni kvalitet života i kvalitet života u domenu tretmana (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) i kriterijumske varijable – generalni kvalitet života (*Skala kvaliteta života*). Predikcija generalnog kvaliteta života na osnovu skorova na subskalama kvaliteta života u kontekstu steriliteta iznosi 14,1%.

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 28, može se zaključiti da su subskale *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*: jezgrovni kvalitet života i kvalitet života u domenu tretmana značajni prediktori generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*). Oba beta koeficijenta imaju pozitivan predznak, što govori o tome da ispitanice koje imaju više skorove na subskalama jezgrovni kvalitet života i kvalitet života u domenu tretmana ispoljavaju viši generalni kvalitet života.

Predikcija skora na *Skali kvaliteta života* na osnovu ukupnog skora na *Upitniku o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* značajna je (F=40,590; df=1:248; p<0.01) i iznosi 14,1%. Skor na *Upitniku o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* značajan je prediktor skora na *Skali kvaliteta života* (beta=0.375; t=6,371; p<0.01). Pacijentkinje koje imaju viši kvalitet života u kontekstu steriliteta ispoljiće i viši generalni kvalitet života.

Ispitivanje medijacija u odnosima između nezavisnih i zavisnih varijabli

Kako bi se ispitalo koliko procenata varijanse opštih zavisnih varijabli (generalni stres i kvalitet života) može da se objasni opštim prediktorima (rezilijentnost, opšta samoefikasnost, aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja) kada se oni unose u posebnim koracima, ali i da bi se ispitala mogućnost postojanja medijacije, primenjena je hijerarhijska multipla regresija na kliničkoj i kontrolnoj grupi. Dalje, kako bi se ispitalo koliko procenata varijanse specifičnih zavisnih varijansi (stres i kvalitet života u kontekstu steriliteta) može da se objasni specifičnim prediktorima (rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, specifični mehanizmi prevladavanja: izbegavajuće strategije prevladavanja, briga o sebi, usmerenost na problem) kada se unose u posebnim koracima, kao i da bi se ispitalo da li postoji medijacija, primenjena je hijerarhijska multipla regresija na kliničkom uzorku.

Zatim, kako bi se dobijene medijacije opštih i specifičnih varijabli ispitale na direktniji način, korišćeno je modeliranje strukturalnim jednačinama (*Structural equation modeling* - SEM) u AMOS-u. Najpre su ispitane pojedinačne medijacije između zavisnih i nezavisnih varijabli, a zatim i složenije medijacije u kompleksnijim modelima.

Medijacija opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, opšte samoeфикаsnosti i generalnog stresa na kliničkom i kontrolnom uzorku

Za generalni stres kao zavisnu varijablu (*Skala doživljenog stresa*) u prvom koraku hijerarhijske multiple regresione analize uneta je rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), u drugom i opšta samoeфикаsnost (*Skala opšte samoeфикаsnosti*), a u trećem i opšti aktivni i izbegavajući mehanizmi prevladavanja (faktori *Upitnika prevladavanja – kraća verzija*).

Rezultati hijerarhijske multiple regresione analize za opšte varijable za klinički i kontrolni uzorak prikazani su u Tabelama 29 i 30.

Tabela 29. Značajnost predikcije skora na Skali doživljenog stresa na osnovu skorova na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoeфикаsnosti, faktorima Upitnika prevladavanja – kraća verzija, u tri modela (N=500)

Grupa	Model	R	R ²	df	F	p	Promena statistika				
							R ² promena	F promena	df1	df2	Sig. F promena
Klinička grupa	1	,409	,167	1;248	49,720	,000	,167	49,720	1	248	,000
	2	,409	,167	2;247	24,762	,000	,000	,003	1	247	,953
	3	,507	,257	4;245	21,203	,000	,090	14,865	2	245	,000
Kontrolna grupa	1	,242	,059	1;248	15,444	,000	,059	15,444	1	248	,000
	2	,343	,118	2;247	16,490	,000	,059	16,566	1	247	,000
	3	,448	,201	4;245	15,379	,000	,083	12,705	2	245	,000

*Model 1 – rezilijentnost; Model 2- rezilijentnost i opšta samoeфикаsnost; Model 3 – rezilijentnost, opšta samoeфикаsnost, opšte aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja

Rezultati prikazani u Tabeli 29 ukazuju na to da je moguća značajna predikcija generalnog stresa (*Skala doživljenog stresa*) na osnovu prediktora u sva tri modela i za klinički i za kontrolni uzorak. U prvom koraku na osnovu skora na *Skali rezilijentnosti* može se predvideti 16,7% skora na *Skali doživljenog stresa* u kliničkoj, a 5,9% u kontrolnoj grupi. U drugom koraku (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti* i *Skali opšte samoeфикаsnosti*) može se predvideti 16,7% stresa (*Skala doživljenog stresa*) u kliničkoj i 11,8% u kontrolnoj grupi. U trećem modelu (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti*,

Skali opšte samoefikasnosti i faktorima *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*) može se predvideti 25,7% skora na *Skali doživljenog stresa* u kliničkoj, a 20,1% u kontrolnoj grupi.

U kliničkoj grupi, u drugom modelu nije se značajno promenila prediktivna moć sa unosom opšte samoefikasnosti – *Skala opšte samoefikasnosti* (R^2 promena=,000; p =,953), dok postoji značajna promena predikcije u trećem modelu, kada se uvedu i opšte aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja – faktori *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*, i iznosi 9%. U kontrolnoj grupi promena predikcije je značajna u oba modela i iznosi 5,9% u drugom i 8,3% u trećem modelu kada se unose preostali prediktori.

Tabela 30. Beta koeficijenti rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja kao prediktora skora na Skali doživljenog stresa, u tri modela (N=500)

Grupa	Model		Beta	t	p	Korelacija	Parcijalna korelacija
Klinička grupa	1	Skala rezilijentnosti	-,409	-7,051	,000	-,409	-,409
	2	Skala rezilijentnosti	-,412	-4,842	,000	-,409	-,294
		Skala opšte samoefikasnosti	,005	,059	,953	-,297	,004
	3	Skala rezilijentnosti	-,339	-4,055	,000	-,409	-,251
		Skala opšte samoefikasnosti	-,013	-,165	,869	-,297	-,011
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	-,102	-1,708	,089	-,255	-,108
	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	,282	5,089	,000	,315	,309	
Kontrolna grupa	1	Skala rezilijentnosti	-,242	-3,930	,000	-,242	-,242
	2	Skala rezilijentnosti	-,079	-1,099	,273	-,242	-,070
		Skala opšte samoefikasnosti	-,293	-4,070	,000	-,337	-,251
	3	Skala rezilijentnosti	-,019	-,261	,794	-,242	-,017
		Skala opšte samoefikasnosti	-,190	-2,620	,009	-,337	-,165
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	-,074	-1,114	,266	-,205	-,071
	Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	,304	4,965	,000	,384	,302	

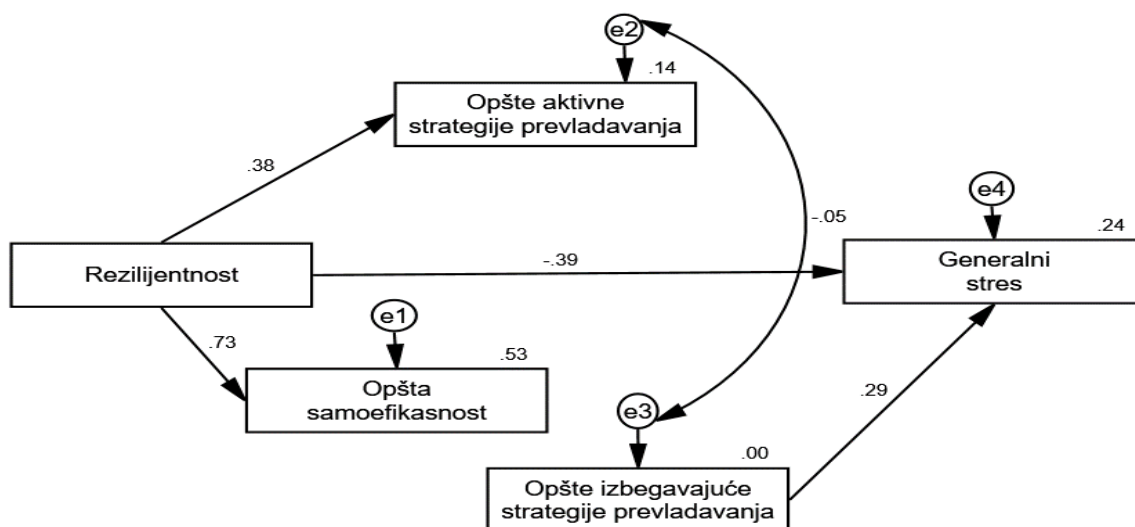
Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 30, možemo zaključiti da se kao značajni prediktori generalnog stresa (*Skala doživljenog stresa*) u kliničkoj grupi izdvajaju rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*) i opšte izbegavajuće strategije prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*), a u kontrolnoj grupi rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), opšta samoefikasnost (*Skala opšte samoefikasnosti*) i opšte izbegavajuće strategije prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*). Viši nivoi rezilijentnosti povezani su sa nižim doživljajem stresa, a češća upotreba opštih izbegavajućih strategija prevladavanja sa izraženijim generalnim stresom i u kliničkoj i u kontrolnoj grupi. Ispitanice u kontrolnoj grupi koje doživljavaju viši osećaj opšte samoefikasnosti, izveštavaju o nižem nivou generalnog stresa.

U kliničkoj grupi smanjuje se beta koeficijent rezilijentnosti, a u kontrolnoj grupi prestaje da bude značajan, uvođenjem drugih prediktora. Dobijeni podaci ukazuju na postojanje parcijalne, odnosno potpune medijacije. U kontrolnoj grupi uvođenjem opštih mehanizama prevladavanja smanjuje se i beta koeficijent opšte samoefikasnosti, što upućuje na parcijalnu medijaciju.

Medijacija je dalje proveravana modelima strukturalnih jednačina. Rezultati i grafički prikazi pojedinačnih medijacija za klinički i kontrolni uzorak dati su u Prilogu 4.

Uključivanjem svih relevantnih varijabli u složenije modele medijacija, utvrđeno je da na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opšte samoeфикаsnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa. Dobijeni rezultati grafički su predstavljeni Modelom 1.

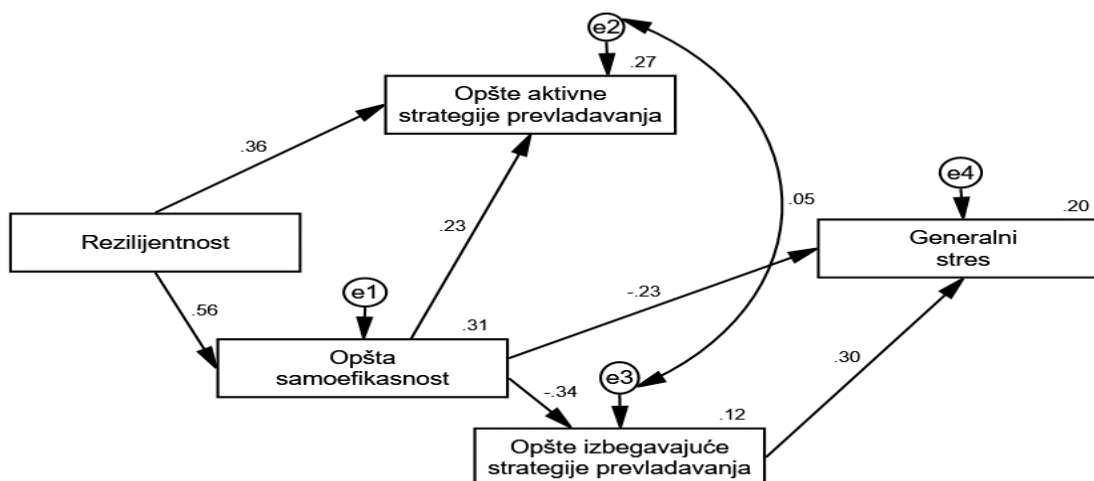
Model 1 – klinička grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 61.821, df=10, p=0.000; RMSEA=0.102; CFI=0.905; NFI=0.891; GFI=0.954; SRMR=0.0346

Na kontrolnom uzorku utvrđena je potpuna medijacija - viši nivo rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) povezan je sa nižim nivoom generalnog stresa (*Skala doživljenog stresa*) preko uticaja na viši nivo opšte samoefikasnosti (*Skala opšte samoefikasnosti*), i viši nivo opšte samoefikasnosti i manje učestalu primenu opštih izbegavajućih strategija (faktor *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*). Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na generalni stres preko svih navedenih medijacija na kontrolnom uzorku iznosi 0.188 ($p < 0.01$). Navedene medijacije grafički su predstavljene Modelom 2.

Model 2 - kontrolna grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 29.647, df=6, p=0.000; RMSEA=0.089; CFI=0.957; NFI=0.948; GFI=0.978; SRMR=0.0653

Medijacija opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, opšte samoeфикаsnosti i generalnog kvaliteta života na na kliničkom i kontrolnom uzorku

Za generalni kvalitet života (*Skala kvaliteta života*) kao zavisnu varijablu u prvom koraku hijerarhijske multiple regresione analize uneta je rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), u drugom i opšta samoeфикаsnost (*Skala opšte samoeфикаsnosti*), u trećem i mehanizmi prevladavanja (faktori *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*), a u četvrtom koraku je kao prediktor dodat i generalni stres (*Skala doživljenog stresa*).

Rezultati hijerarhijske multiple regresione analize za opšte varijable za klinički i kontrolni uzorak prikazani su u Tabelama 31 i 32.

Tabela 31. Značajnost predikcije skora na Skali generalnog kvaliteta života na osnovu skorova na Skali rezilijentnosti, Skali opšte samoeфикаsnosti, faktorima Upitnika prevladavanja-kraća verzija i Skali doživljenog stresa, u četiri modela (N=500)

Grupa	Model	R	R ²	df	F	p	Promena statistika				
							R ² promena	F promena	df1	df2	Sig. F promena
Klinička grupa	1	,389	,151	1;248	44,099	,000	,151	44,099	1	248	,000
	2	,404	,163	2;247	24,089	,000	,012	3,615	1	247	,058
	3	,412	,170	4;245	12,518	,000	,006	,955	2	245	,386
	4	,440	,194	5;244	11,716	,000	,024	7,234	1	244	,008
Kontrolna grupa	1	,200	,040	1;248	10,289	,002	,040	10,289	1	248	,002
	2	,306	,094	2;247	12,780	,000	,054	14,703	1	247	,000
	3	,353	,124	4;245	8,699	,000	,031	4,278	2	245	,015
	4	,485	,235	5;244	14,996	,000	,111	35,310	1	244	,000

*Model 1 – rezilijentnost; Model 2- rezilijentnost i opšta samoeфикаsnost; Model 3 – rezilijentnost, opšta samoeфикаsnost, opšte aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja; Model 4 – rezilijentnost, opšta samoeфикаsnost, opšte aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja, generalni stres

Rezultati prikazani u Tabeli 31, ukazuju na to da je moguća značajna predikcija generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) na osnovu prediktora u sva četiri modela, i za kliničku i za kontrolnu grupu. U prvom koraku na osnovu rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) može se predvideti 15,1% kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) u kliničkoj, a 4% u kontrolnoj grupi. U drugom koraku (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti* i *Skali opšte samoefikasnosti*) može se objasniti 16,3% varijanse generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) u kliničkoj, i 9,4 % u kontrolnoj grupi. U trećem modelu (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti*, *Skali opšte samoefikasnosti* i faktorima *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*) može se predvideti 17% generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) u kliničkoj, a 12,4% u kontrolnoj grupi. Kada se u regresioni model doda i generalni stres (*Skala doživljenog stresa*), u kliničkom uzorku može se objasniti 19,4% varijanse generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*), a u kontrolnom 23,5%.

U kliničkoj grupi promena predikcije (R^2 promena) značajna je jedino u četvrtom modelu i iznosi 2,4%. U kontrolnoj grupi promena predikcije je značajna u sva tri modela i iznosi 5,4% u drugom, 3,1% u trećem i 1,1% u četvrtom modelu.

Tabela 32. Beta koeficijenti rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja i generalnog stresa kao prediktora skora na Skali kvaliteta života, u četiri modela (N=500)

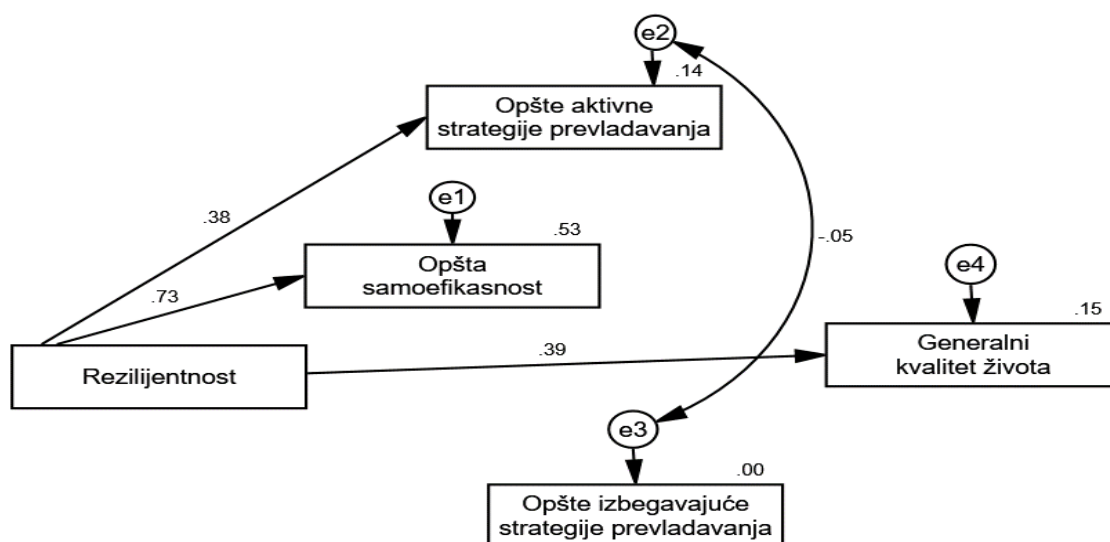
Grupa	Model		Beta	t	p	Korelacija	Parcijalna korelacija
Klinička grupa	1	Skala rezilijentnosti	,389	6,641	,000	,389	,389
	2	Skala rezilijentnosti	,270	3,162	,002	,389	,197
		Skala opšte samoefikasnosti	,162	1,901	,058	,360	,120
	3	Skala rezilijentnosti	,247	2,795	,006	,389	,176
		Skala opšte samoefikasnosti	,166	1,939	,054	,360	,123
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	,040	,628	,531	,190	,040
		Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	-,070	-1,199	,232	-,094	-,076
	4	Skala rezilijentnosti	,186	2,065	,040	,389	,131
		Skala opšte samoefikasnosti	,164	1,935	,054	,360	,123
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	,021	,340	,734	,190	,022
		Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	-,020	-,324	,747	-,094	-,021
		Skala doživljenog stresa	-,179	-2,690	,008	-,316	-,170
Kontrolna grupa	1	Skala rezilijentnosti	,200	3,208	,002	,200	,200
	2	Skala rezilijentnosti	,044	,602	,548	,200	,038
		Skala opšte samoefikasnosti	,280	3,834	,000	,304	,237
	3	Skala rezilijentnosti	,012	,163	,870	,200	,010
		Skala opšte samoefikasnosti	,220	2,896	,004	,304	,182
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	,030	,434	,665	,155	,028
		Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	-,186	-2,910	,004	-,269	-,183
	4	Skala rezilijentnosti	,005	,075	,938	,200	,005
		Skala opšte samoefikasnosti	,149	2,068	,040	,304	,131
		Opšte aktivne strategije prevladavanja	,003	,040	,968	,155	,003
		Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	-,073	-1,166	,245	-,269	-,074
		Skala doživljenog stresa	-,372	-5,942	,000	-,452	-,356

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 32, možemo zaključiti da se kao značajni prediktori generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) u kliničkoj grupi izdvajaju rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*) i generalni stres (*Skala doživljenog stresa*), a u kontrolnoj grupi rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), opšta samoefikasnost (*Skala opšte samoefikasnosti*), opšte izbegavajuće strategije prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja-kraća verzija*) i generalni stres (*Skala doživljenog stresa*). Viši nivoi rezilijentnosti povezani su sa višim generalnim kvalitetom života, a viši nivoi stresa sa nižim kvalitetom života, i u kliničkoj i u kontrolnoj grupi. Kod ispitanica u kontrolnoj grupi viši nivo opšte samoefikasnosti vodi ka višem generalnom kvalitetu života, a češća upotreba opštih izbegavajućih strategija prevladavanja ka nižem kvalitetu života.

Uvođenjem novih prediktora u kliničkoj grupi smanjuje se beta koeficijent rezilijentnosti, dok u kontrolnoj grupi prestaje da bude značajan. Zatim, u kontrolnoj grupi se smanjuje beta koeficijent opšte samoefikasnosti uvođenjem dodatnih prediktora. Navedeni rezultati ukazuju na postojanje parcijalne, odnosno potpune medijacije za rezilijentnost i parcijalne medijacije za opštu samoefikasnost, i to je dalje provereno modelima strukturalnih jednačina. Rezultati i grafički prikazi pojedinačnih medijacija za klinički i kontrolni uzorak dati su u Prilogu 5.

Kada je reč o složenijim modelima medijacija, utvrđeno je da u odnosu između rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) i generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*) na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja. Rezultati su grafički predstavljeni Modelom 3.

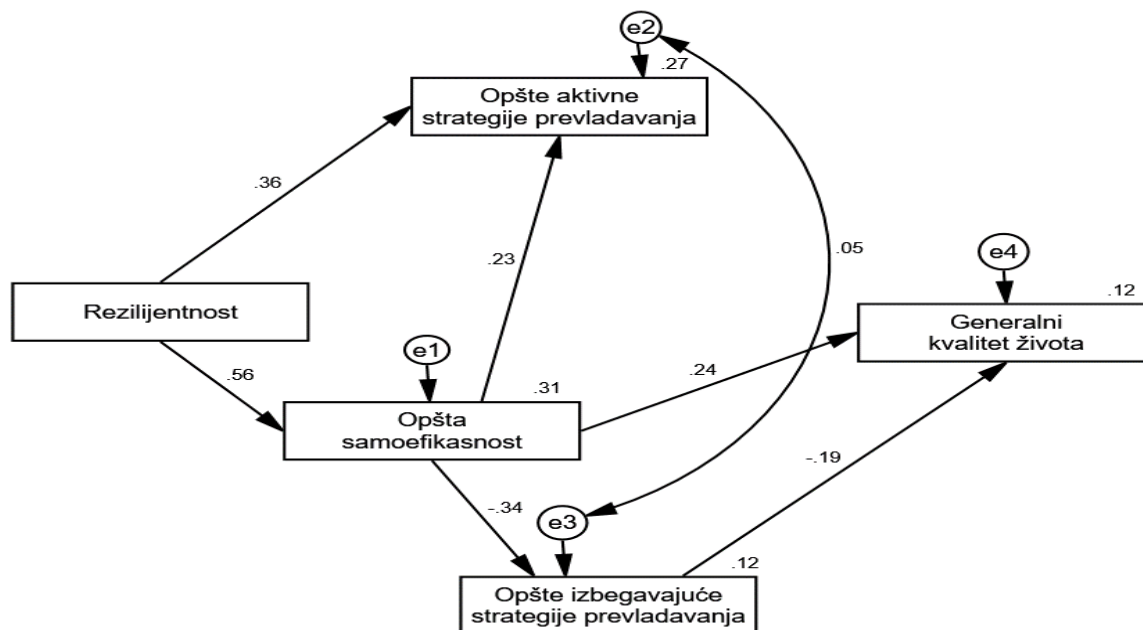
Model 3 - klinička grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 77.466, df=12, p=0.000; RMSEA=0.105; CFI=0.868; NFI=0.850; GFI=0.941; SRMR=0.0401

Na kontrolnom uzorku utvrđena je potpuna medijacija - viši nivo rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) povezan je sa višim generalnim kvalitetom života (*Skala kvaliteta života*) preko uticaja na viši nivo opšte samoefikasnosti (*Skala opšte samoefikasnosti*), i viši nivo opšte samoefikasnosti i manje učestalu primenu opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja-krača verzija*). Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na generalni kvalitet života preko svih navedenih medijacija na kontrolnom uzorku iznosi 0.169 ($p < 0.01$). Navedene medijacije su grafički prikazane Modelom 4.

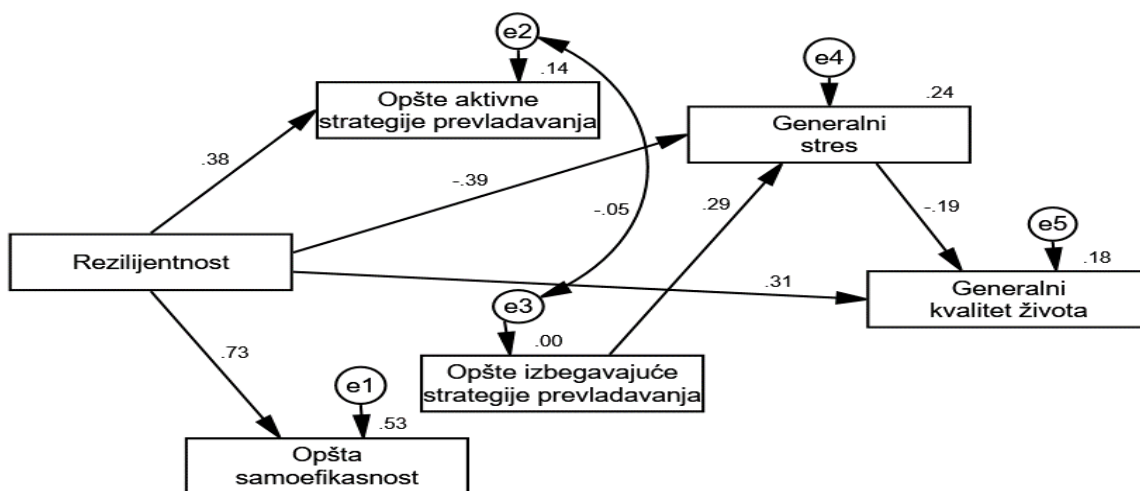
Model 4 - kontrolna grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 14.518, df=6, $p=0.024$; RMSEA=0.053; CFI=0.983; NFI=0.972; GFI=0.989; SRMR=0.0417

Uključivanjem svih relevantnih varijabli u složenije modele medijacija, odnosno kada se kao medijator uvede i generalni stres (*Skala doživljenog stresa*), na kliničkom uzorku javlja se potpuna medijacija generalnog stresa u odnosu između rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) i generalnog kvaliteta života (*Skala kvaliteta života*). Viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim kvalitetom života preko uticaja na niži nivo generalnog stresa, a medijacija je grafički predstavljena Modelom 5.

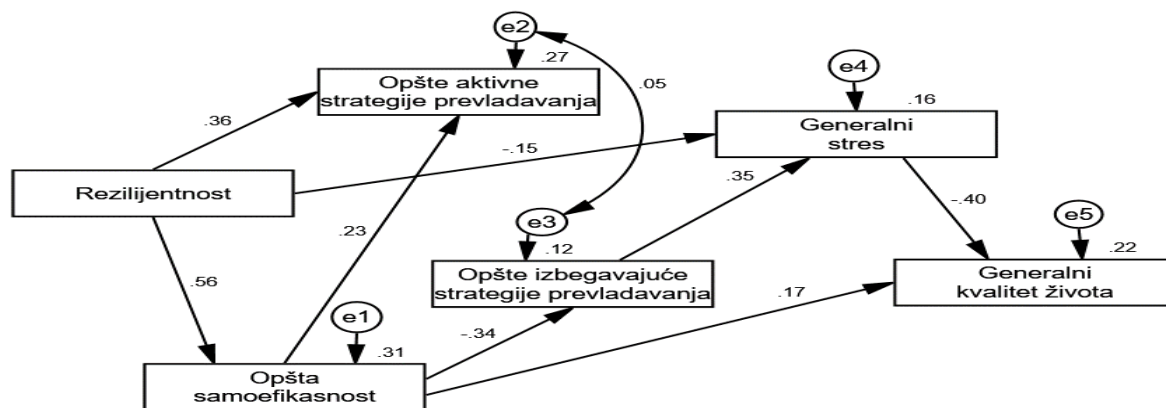
Model 5 - klinička grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 72.807, df=16, p=0.000; RMSEA=0.084; CFI=0.914; NFI=0.894; GFI=0.954; SRMR=0.0362

Uključivanjem i generalnog stresa (*Skala doživljenog stresa*) kao medijatora, na kontrolnom uzorku javlja se potpuna medijacija - viši nivo rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) povezan je sa višim generalnim kvalitetom života (*Skala kvaliteta života*) preko uticaja na: niži generalni stres (*Skala doživljenog stresa*), viši nivo opšte samoefikasnosti (*Skala opšte samoefikasnosti*), i viši nivo opšte samoefikasnosti, manje učestalu primenu opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja-krača verzija*) i niži generalni stres. Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na generalni kvalitet života preko svih navedenih medijacija na kontrolnom uzorku iznosi 0.182 ($p < 0.01$). Dobijeni rezultati prikazani su grafički Modelom 6.

Model 6 - kontrolna grupa (opšte varijable)



Podesnost modela: Hi kvadrat = 23.962, df=12, $p=0.021$; RMSEA=0.045; CFI=0.982; NFI=0.965; GFI=0.984; SRMR=0.0352

Medijacija specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Za stres u kontekstu steriliteta kao zavisnu varijablu (*Problemi sa plodnošću*), u prvom koraku hijerarhijske multiple regresione analize kao prediktor uneta je rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), u drugom samoefikasnost u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*), a u trećem i specifični mehanizmi prevladavanja (faktori *Upitnika prevladavanja neplodnosti*).

Rezultati hijerarhijske multiple regresione analize za specifične varijable za klinički uzorak prikazani su u Tabelama 33 i 34.

Tabela 33. Značajnost predikcije skora na upitniku *Problemi sa plodnošću* na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti*, *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta*, faktorima *Upitnika prevladavanja neplodnosti*, u tri modela ($N=250$)

Model	R	R ²	df	F	p	Promena statistika				
						R ² promena	F promena	df1	df2	Sig. F promena
1	,134	,018	1;248	4,547	,034	,018	4,547	1	248	,034
2	,353	,125	2;247	17,586	,000	,107	30,093	1	247	,000
3	,624	,390	5;244	31,140	,000	,265	35,292	3	244	,000

*Model 1 – rezilijentnost; Model 2- rezilijentnost i samoefikasnost u kontekstu steriliteta; Model 3 – rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, strategije usmerene na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 33, može se zaključiti da je moguća značajna predikcija stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*) na osnovu prediktora u sva tri modela. U prvom koraku se na osnovu rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) može predvideti 1,8% specifičnog stresa (*Problemi sa plodnošću*), u drugom koraku 12,5% (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti* i *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta*), a u trećem 39% (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti*, *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta* i faktorima *Upitnika prevladavanja neplodnosti*).

Promena predikcije (R² promena) značajna je u oba modela kada se dodaju prediktori: u drugom iznosi 10,7%, a u trećem 26,5%.

Tabela 34. Beta koeficijenti rezilijentnosti, samoefikasnosti u kontekstu steriliteta, strategija usmerenih na problem, brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja, kao prediktora stresa u kontekstu steriliteta, u tri modela (N=250)

Model		Beta	t	p	Korelacija	Parcijalna korelacija
1	Skala rezilijentnosti	-,134	-2,132	,034	-,134	-,134
2	Skala rezilijentnosti	,052	,754	,452	-,134	,048
	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	-,376	-5,486	,000	-,350	-,330
3	Skala rezilijentnosti	,047	,782	,435	-,134	,050
	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	-,223	-3,739	,000	-,350	-,233
	Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	,503	9,455	,000	,559	,518
	Briga o sebi kao strategija prevladavanja	,149	2,769	,006	,153	,175
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	-,163	-2,900	,004	-,081	-,183

Kao što se može videti u Tabeli 34, kao značajni prediktori stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*) izdvajaju se: rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*) - u prvom koraku; samoefikasnost u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*) – u oba modela; usmerenost na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja (faktori *Upitnika prevladavanja neplodnosti*). Ispitanice na kliničkom uzorku koje ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i samoefikasnosti u kontekstu steriliteta ispoljavaju niži nivo stresa u kontekstu steriliteta. Učestalija primena usmerenosti na problem i brige o sebi kao strategija prevladavanja vode ka višem nivou stresa u kontekstu steriliteta, dok češća primena specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja vodi ka nižem nivou stresa u kontekstu steriliteta.

Rezilijentnost prestaje da bude značajan prediktor stresa u kontekstu steriliteta uvođenjem dodatnih prediktora što ukazuje na potpunu medijaciju. Zatim, i vrednost beta koeficijenta samoefikasnosti u kontekstu steriliteta se smanjuje uvođenjem specifičnih mehanizama prevladavanja, što upućuje na parcijalnu medijaciju.

Medijacija je, zatim, direktnije proveravana i modelima strukturalnih jednačina. Rezultati i grafički prikazi pojedinačnih medijacija za specifične varijable na kliničkom uzorku dati su u Prilogu 6.

Rezultati složenijih medijacija koje obuhvataju sve relevantne specifične varijable prikazani su u Tabeli 35 i grafički su predstavljeni Modelom 7.

Tabela 35. Rezultati medijacija u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku (N=250)

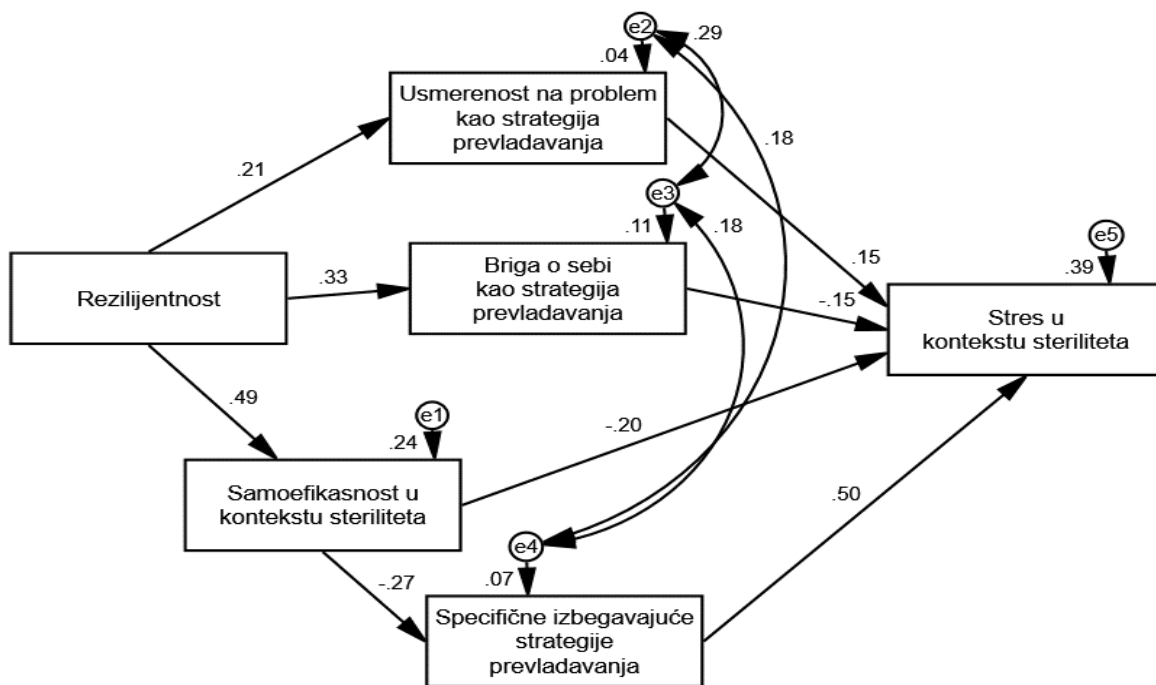
Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	0.047 (p=0.346)	0.016 (p=0.071)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Briga o sebi kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	0.047 (p=0.364)	-0.045 (p<0.01)	Potpuna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	0.049 (p=0.409)	-0.114 (p<0.01)	Potpuna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	-0.051 (p=0.320)	-0.084 (p<0.01)	Potpuna

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 35, može se zaključiti da, na kliničkom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) i stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*) postoji potpuna medijacija preko:

- brige o sebi kao mehanizma prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*) i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*).

Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na stres u kontekstu steriliteta preko svih navedenih medijacija iznosi -0.186 (p<0.01).

Model 7 – klinička grupa (specifične varijable)



Podesnost modela je dobra: Hi kvadrat = 1.899, df=4, p=0.754; RMSEA=0.00; CFI=1.00; NFI=0.993; GFI=0.997; SRMR=0.0179.

Medijacija specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, samoefikasnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Za kvalitet života u kontekstu steriliteta kao zavisnu varijablu (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) u prvom koraku hijerarhijske multiple regresione analize kao prediktor uneta je rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*), u drugom samoefikasnost u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*), u trećem i specifični mehanizmi prevladavanja (faktori *Upitnika prevladavanja neplodnosti*), a u četvrtom koraku je dodat i stres u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*).

Rezultati hijerarhijske multiple regresione analize za specifične varijable za klinički uzorak prikazani su u Tabelama 36 i 37.

Tabela 36. Značajnost predikcije skora na *Upitniku o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti*, *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta*, faktorima *Upitnika prevladavanja neplodnosti*, *upitniku Problemi sa plodnošću*, u četiri modela ($N=250$)

Model	R	R ²	df	F	p	Promena statistika				
						R ² promena	F promena	df1	df2	Sig. F promena
1	,324	,105	1;248	29,174	,000	,105	29,174	1	248	,000
2	,465	,216	2;247	34,078	,000	,111	34,984	1	247	,000
3	,533	,284	5;244	19,359	,000	,068	7,698	3	244	,000
4	,607	,368	6;243	23,579	,000	,084	32,272	1	243	,000

*Model 1 – rezilijentnost; Model 2- rezilijentnost i samoefikasnost u kontekstu steriliteta; Model 3 – rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, strategije prevladavanja usmerene na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja; Model 4 – rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, strategije prevladavanja usmerene na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja, stres u kontekstu steriliteta

Kao što se može videti u Tabeli 36, moguća je značajna predikcija kvaliteta života u kontekstu steriliteta (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) na osnovu prediktora u sva četiri modela. U prvom koraku se na osnovu rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) može predvideti 10,5% specifičnog kvaliteta života (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*), u drugom koraku 21,6% (na osnovu skorova na *Skali rezilijentnosti* i *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta*), u trećem 28,4% (na osnovu

skorova na *Skali rezilijentnosti*, *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta*, faktorima *Upitnika prevladavanja neplodnosti*), a u četvrtom (kada se uključi i specifični stres kao prediktor – *Problemi sa plodnošću*) 36,8% kvaliteta života u kontekstu steriliteta.

Dodavanjem prediktora postepeno, promena predikcije (R^2 promena) značajna je u sva tri modela: u drugom iznosi 11,1%, u trećem 6,8%, a u četvrtom 8,4%.

Tabela 37. Beta koeficijenti rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, strategija prevladavanja usmerenih na problem, brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja, i stresa u kontekstu steriliteta kao prediktora kvaliteta života u kontekstu steriliteta, u četiri modela (N=250)

Model		Beta	t	p	Korelacija	Parcijalna korelacija
1	Skala rezilijentnosti	,324	5,401	,000	,324	,324
2	Skala rezilijentnosti	,135	2,081	,038	,324	,131
	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	,383	5,915	,000	,450	,352
3	Skala rezilijentnosti	,160	2,458	,015	,324	,155
	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	,312	4,817	,000	,450	,295
	Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	-,048	-,821	,412	-,021	-,053
	Briga o sebi kao strategija prevladavanja	-,011	-,183	,855	,060	-,012
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	-,254	-4,411	,000	-,360	-,272
4	Skala rezilijentnosti	,178	2,892	,004	,324	,182
	Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	,229	3,654	,000	,450	,228
	Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	,007	,133	,895	-,021	,009
	Briga o sebi kao strategija prevladavanja	-,072	-1,228	,221	,060	-,079
	Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	-,068	-1,066	,287	-,360	-,068
	Problemi sa plodnošću	-,371	-5,681	,000	-,506	-,342

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 37, može se zaključiti da se kao značajni prediktori kvaliteta života u kontekstu steriliteta (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) izdvajaju: rezilijentnost (*Skala rezilijentnosti*) - u sva četiri modela; specifična samoefikasnost (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*) - u sva tri modela, specifične izbegavajuće strategije prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*) - u trećem modelu, i stres u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*). Ispitanice iz kliničke grupe koje ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti doživljavaju i viši kvalitet života u kontekstu steriliteta. Sa druge strane, učestalija primena specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja i izraženiji stres u kontekstu steriliteta vode ka nižem kvalitetu života u kontekstu problema sa sterilitetom.

Uvođenjem novih prediktora u modele, smanjuju se vrednosti regresionih koeficijenata rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti, što ukazuje na postojanje parcijalne medijacije.

Medijacija je dalje proveravana modelima strukturalnih jednačina. Rezultati i grafički prikazi pojedinačnih medijacija za specifične varijable na kliničkom uzorku dati su u Prilogu 7.

Rezultati složenijih medijacija svih relevantnih varijabli prikazani su u Tabelama 38 i 39 i grafički su predstavljeni Modelima 8 i 9.

Tabela 38. Rezultati medijacija u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku (N=250)

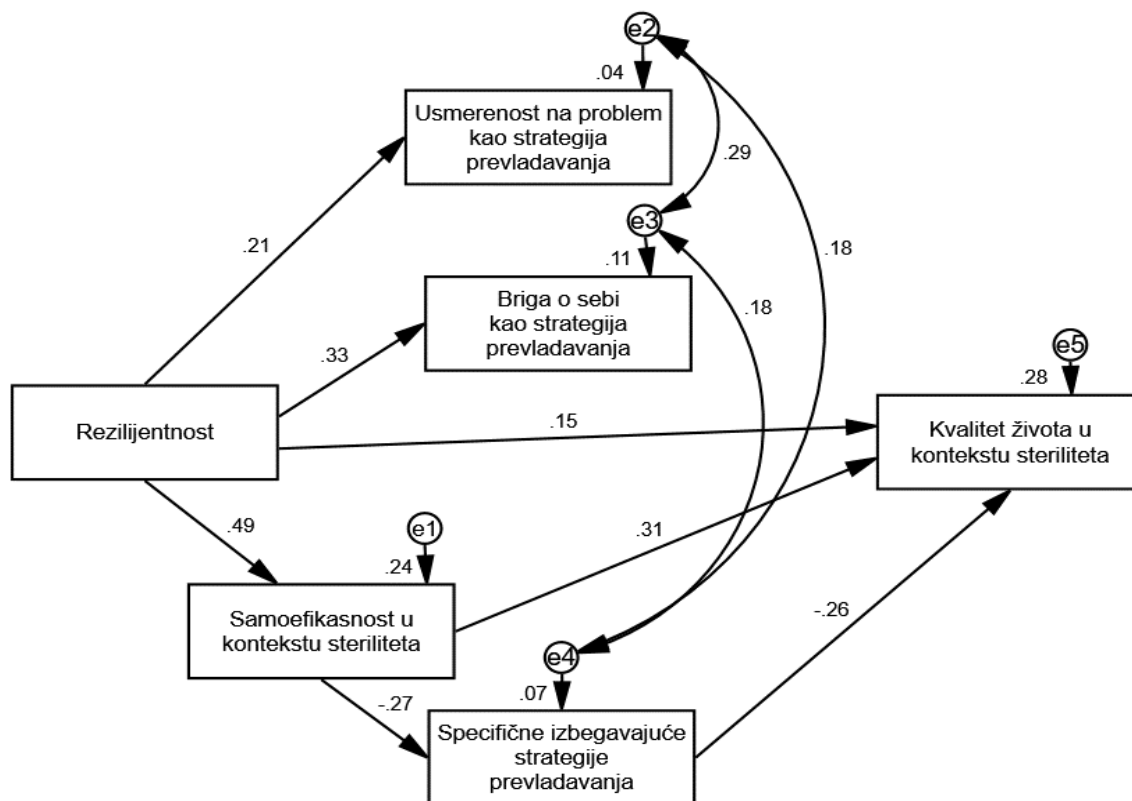
Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.164 (p<0.01)	0.157 (p<0.01)	Parcijalna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.295 (p<0.01)	0.049 (p<0.01)	Parcijalna

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 38, može se zaključiti da, na kliničkom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) i kvaliteta života u kontekstu steriliteta (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) postoji parcijalna medijacija preko:

- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*) i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*).

Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na kvalitet života u kontekstu steriliteta preko navedenih medijacija iznosi 0.334 (p<0.01).

Model 8 – klinička grupa (specifične varijable)



Podesnost modela je dobra: Hi kvadrat = 2.142, df=5, p=0.829; RMSEA=0.00; CFI=1.00; NFI=0.991; GFI=0.997; SRMR=0.0171.

Tabela 39. Rezultati medijacija u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku (N=250)

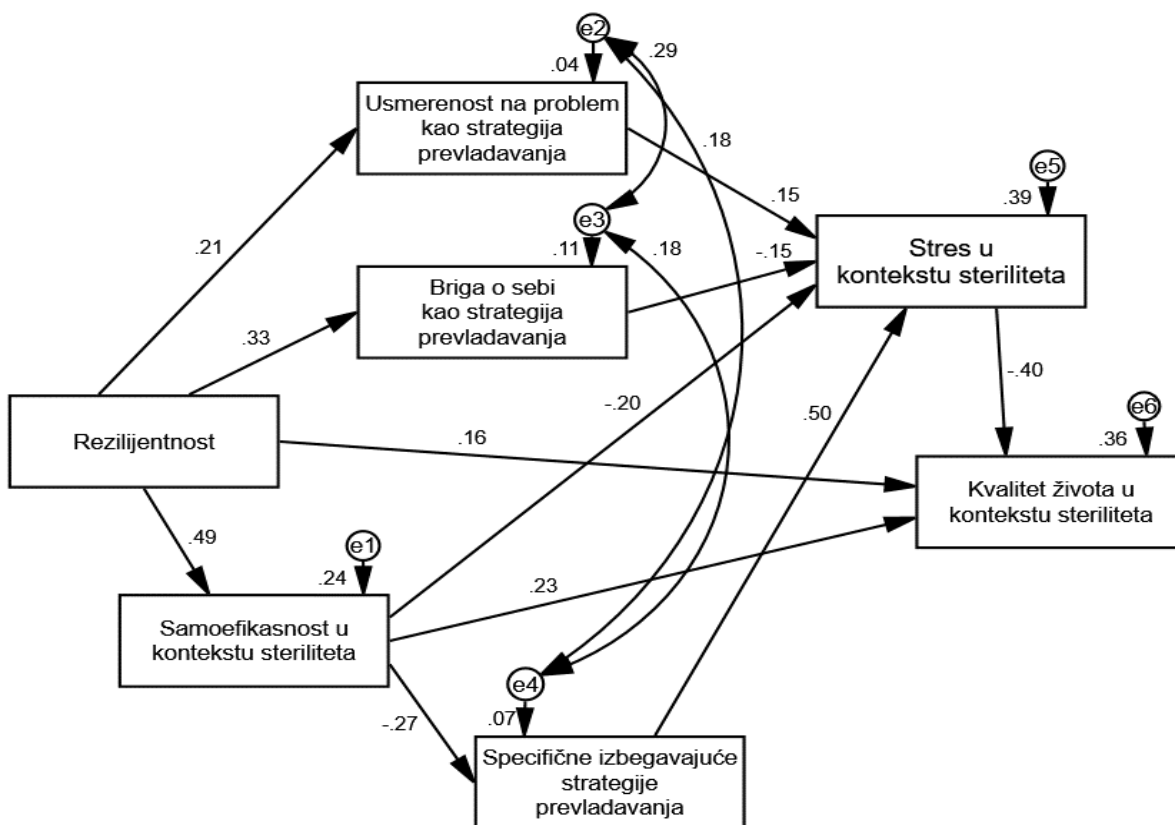
Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.160 (p<0.01)	-0.007 (p=0.067)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Briga o sebi kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.160 (p<0.01)	0.017 (p<0.01)	Parcijalna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.163 (p<0.01)	0.120 (p<0.01)	Parcijalna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Problemi sa plodnošću Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.264 (p<0.01)	0.048 (p<0.01)	Parcijalna
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Problemi sa plodnošću Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.263 (p<0.01)	0.040 (p<0.01)	Parcijalna

Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli 39, može se zaključiti da, kada se u model uključi i stres u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*) kao prediktor, na kliničkom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti (*Skala rezilijentnosti*) i kvaliteta života u kontekstu steriliteta (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) postoji parcijalna medijacija preko:

- brige o sebi kao mehanizma prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*) i stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*) i stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*);
- samoefikasnosti u kontekstu steriliteta (*Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta*), specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (faktor *Upitnika prevladavanja neplodnosti*) i stresa u kontekstu steriliteta (*Problemi sa plodnošću*).

Ukupni efekat (*Total effect*) rezilijentnosti na kvalitet života u kontekstu steriliteta preko svih navedenih medijacija iznosi 0.344 ($p < 0.01$).

Model 9 – klinička grupa (specifične varijable)



Podesnost modela je dobra: Hi kvadrat = 5.445, df=7, p=0.606; RMSEA=0.00; CFI=1.00; NFI=0.986; GFI=0.994; SRMR=0.0218.

IV DISKUSIJA

Diskusija dobijenih rezultata, kojima su proveravane hipoteze postavljene u skladu sa ciljevima istraživanja, grupisana je u četiri tematska segmenta značajna za predmet i ciljeve ove doktorske disertacije:

- 1) diskusija rezultata koji se odnose na procenu specifične samoefikasnosti, mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku;
- 2) diskusija rezultata koji se odnose na poređenje kliničke i kontrolne grupe kada je reč o opštim varijablama – rezilijentnost, opšta samoefikasnost, opšti mehanizmi prevladavanja, generalni stres i kvalitet života;
- 3) diskusija koja se odnosi na povezanost sociodemografskih varijabli i nezavisnih i zavisnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja na celokupnom (opšte varijable) i kliničkom uzorku (specifične varijable);
- 4) diskusija koja se odnosi na povezanost i medijacije relevantnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja na celokupnom (opšte varijable) i kliničkom uzorku (specifične varijable).

Procena doživljaja i prevladavanja problema sa sterilitetom na kliničkom uzorku

Jedan od osnovnih ciljeva ovog istraživanja jeste procena doživljaja i prevladavanja problema steriliteta, kao značajnog stresnog iskustva. Diskusija dobijenih rezultata biće prikazana za svaku relevantnu skalu pojedinačno.

Rezilijentnost

Prosečan skor na *Skali rezilijentnosti* na kliničkom uzorku u ovom istraživanju (N=250) značajno je niži od norme za žene koje imaju problem sa sterilitetom (53,75 vs 68,10; $t=-20,668$; $df=249$; $p<0.01$) (Sexton i sar., 2009). Značajno je istaći da je norma dobijena na uzorku od 40 žena sa problemom steriliteta u Sjedinjenim Američkim Državama. Dobijeni prosečan skor na *Skali rezilijentnosti* na kliničkom uzorku u našem istraživanju niži je i u odnosu na druge studije (Sani & Tamannaefar, 2017; Sexton & Byrd, 2015). U istraživanju sprovedenom na uzorku od 60 žena sa sterilitetom u Iranu dobijen je viši skor na *Skali rezilijentnosti* u poređenju sa našim (66,92 vs 53,75; $t=-18,968$; $df=249$; $p<0.01$) (Sani & Tamannaefar, 2017). Slično, žene sa sterilitetom (N=42) u Sjedinjenim Američkim Državama ostvarile su viši skor na Skali rezilijentnosti u odnosu na klinički uzorak u ovom istraživanju (67,67 vs 53,75; $t=-20,048$; $df=249$; $p<0.01$) (Sexton & Byrd, 2015). Ipak, postoje i drugačiji nalazi. Prosečan skor na *Skali rezilijentnosti* u studiji sprovedenoj u Iranu na uzorku od 80 žena, niži je od dobijenog u ovom istraživanju (34,0 vs 53,75; $t=28,452$; $df=249$; $p<0.01$) (Pirani i sar., 2014).

Samoefikasnost u kontekstu steriliteta

Prosečan skor na *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta* značajno je viši na kliničkom uzorku u našem istraživanju (N=250) u odnosu na normu dobijenu na uzorku od 69 žena u Sjedinjenim Američkim Državama (106,87 vs 92,8; $t=10,083$; $df=249$; $p<0.01$)

(Cousineau i sar., 2006). Dobijeni rezultat u skladu je sa poređenjima sa nalazima drugih studija. Prosečan skor na *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta* u istraživanju sprovedenom u Iranu (N=89) značajno je niži u poređenju sa onim u ovom istraživanju (98,88 vs 106,87; $t=5,727$; $df=249$; $p<0.01$) (Faramarzi i sar., 2014). Slični rezultati zapažaju se i kada je reč o poređenju sa istraživanjem sprovedenom na uzorku od 314 žena sa sterilitetom u Koreji (95,36 vs 106,87; $t=8,249$; $df=249$; $p<0.01$) (Kim i sar., 2017), odnosno 177 ispitanica u Kini (95,36 vs 106,87; $t=8,249$; $df=249$; $p<0.01$) (Fu i sar., 2016). Zatim, u istraživanju sprovedenom u Portugaliji među osobama sa problemom steriliteta (N=287) prosečan skor na *Skali samoefikasnosti kod problema steriliteta* niži je od onog koji su ostvarile ispitanice iz našeg kliničkog uzorka (95,42 vs 106,87; $t=8,206$; $df=249$; $p<0.01$) (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013).

Strategije prevladavanja u kontekstu steriliteta

Kada je reč o strategijama prevladavanja u kontekstu steriliteta procenjenih *Upitnikom prevladavanja neplodnosti* rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da ispitanice iz kliničkog uzorka (N=250), u poređenju sa normama dobijenim na uzorku od 652 žene sa sterilitetom u Izraelu, značajno češće primenjuju: socijalno povlačenje (2,96 vs 2,37; $t=3,478$; $df=249$; $p<0.01$), poricanje (3,60 vs 2,76; $t=4,644$; $df=249$; $p<0.01$), samozanemarivanje (3,33 vs 2,73; $t=3,485$; $df=249$, $p<0.01$), prihvatanje (8,59 vs 6,42; $t=14,115$; $df=249$, $p<0.01$), pozitivnu reinterpetaciju (9,01 vs 6,96; $t=13,637$; $df=249$; $p<0.01$), kompenzaciju (12,33 vs 9,35; $t=12,358$; $df=249$; $p<0.01$), ulaganje u sebe (6,93 vs 4,11; $t=16,680$, $df=249$; $p<0.01$), traženje socijalne podrške (10,10 vs 7,88; $t=9,684$; $df=249$, $p<0.01$), planiranje i informisanje (20,74 vs 20,16; $t=2,004$; $df=249$, $p<0.05$) (Benyamini i sar., 2008). Pacijentkinje iz našeg uzorka značajno manje učestalo primenjuju samookrivljavanje (2,76 vs 3,30; $t=-3,157$; $df=249$; $p<0.01$) i traženje podrške partnera (8,45 vs 9,03; $t=-3,126$; $df=249$, $p<0.01$). U skladu sa očekivanim je upotreba sledećih mehanizama prevladavanja u kontekstu steriliteta: deljenje sa drugima (8,29 vs 8,32; $t=-0,157$; $df=249$; $p=0,875$), spiritualno prevladavanje (6,19 vs 6,64; $t=-1,554$; $df=249$; $p=0,124$) i nadanje (8,93 vs 8,61; $t=1,952$; $df=249$; $p=0,052$) (Benyamini i sar., 2008).

Stres u kontekstu steriliteta

Stres u kontekstu steriliteta procenjen je upitnikom *Problemi sa plodnošću* i dobijena aritmetička sredina ukupnog skora na našem kliničkom uzorku (N=250) u skladu je sa očekivanom u odnosu na normu za žene sa problemom steriliteta (N=1153) dobijene u Sjedinjenim Američkim Državama (136,70 vs 134,4; $t=1,241$; $df=249$; $p=0.216$) (Newton i sar., 1999). Kada je reč o subskalama, pacijentkinje iz našeg uzorka ostvaruju značajno niže skorove na subskalama *socijalni aspekt* (23,00 vs 27,6; $t=-8,051$; $df=249$; $p<0.01$) i *potreba za roditeljstvom* (29,45 vs 39,2; $t=-16,708$; $df=249$, $p<0.01$). Dobijeni podaci ukazuju na to da su kod ispitanica manje prisutni senzitivnost na komentare drugih ili podsetnike na probleme sa plodnošću i osećaj socijalne izolacije od porodice i prijatelja (socijalni aspekt), kao i da je manje izražena percepcija roditeljstva kao sržnog životnog cilja (potreba za roditeljstvom), u odnosu na očekivano. Sa druge strane, ispitanice iz našeg kliničkog uzorka ispoljavaju značajno viši stres u sferama *partnerski odnos* (23,91 vs 21,6; $t=4,154$; $df=249$; $p<0.01$) i *neprihvatanje života bez dece* (42,21 vs 27,3; $t=23,876$; $df=249$; $p<0.01$) u poređenju sa dobijenim normama (Newton i sar., 1999).

Kada je reč o poređenju sa nalazima drugih autora, ispitanice iz našeg kliničkog uzorka uglavnom ostvaruju niži prosečni skor na upitniku *Problemi sa plodnošću*. One ispoljavaju značajno niži stres u kontekstu steriliteta u poređenju sa ispitanicama iz Irana: 136,70 vs 186.1 (N=30; $t=-26,606$; $df=249$; $p<0.01$) (Hajiyani i sar., 2016) i 136,70 vs 162,33 (N=405; $t=-13,803$; $df=249$; $p<0.01$) (Samani i sar., 2017). Kada je reč o subskalama, pacijentkinje u ovom istraživanju ostvaruju viši prosečni skor jedino na subskali *neprihvatanje života bez dece* (42,21 vs 27,73; $t=27,990$; $df=249$; $p<0.01$) (Samani i sar., 2017). U odnosu na podatke dobijene na uzorku od 42 ispitanice u Sjedinjenim Američkim Državama, pacijentkinje iz našeg kliničkog uzorka doživljavaju niži stres u kontekstu steriliteta (136,70 vs 157.76; $t=-11,341$; $df=249$; $p<0.01$). Kada se u obzir uzmu subskele, jedino u aspektu *neprihvatanje života bez dece* ispitanice iz našeg uzorka ostvaruju viši prosečan skor (42,21 vs 32,35; $t=15,793$; $df=249$; $p<0.01$) (Sexton & Byrd, 2015). Slični rezultati dobijeni su i poređenjem sa 120 parova sa sterilitetom u Indiji – ispitanice iz našeg kliničkog uzorka ostvaruju značajno niži ukupan prosečni skor (136,70 vs 149.95; $t=-7.135$; $df=249$; $p<0.01$), a značajno viši prosečni skor na subskali

neprihvatanje života bez dece (42,21 vs 34,32; $t=12,639$; $df=249$; $p<0.01$) (Awtani i sar., 2017). Negativna percepcija života bez dece i potreba da se ima dete kako bi se vodio srećan i ispunjen život (*neprihvatanje života bez dece*), delimično mogu biti povezani i sa kulturološkim okvirom, društvenim, porodičnim standardima i normama, odnosno očekivanjima od muškaraca i žena koja su usvojena socijalizacijom.

Kvalitet života u kontekstu steriliteta

Za procenu specifičnog kvaliteta života korišćen je upitnik *Kvalitet života kod problema sa plodnošću*. Dobijeni ukupan skor na upitniku kod pacijentkinja iz našeg uzorka ($N=250$) značajno je viši od norme (65,36 vs 55,43; $t=14,444$; $df=249$; $p<0.01$). Zatim, kada je reč o subskalama, ispitanice u ovom istraživanju ispoljavaju viši *jezgrovni kvalitet života* u odnosu na očekivani (71,96 vs 53,70; $t=21,665$; $df=249$; $p<0.01$), dok je *kvalitet života u domenu tretmana* u skladu sa očekivanim za kliničku populaciju (58,77 vs 60,00; $t=-1,565$; $df=249$; $p=0.119$) (Boivin, Takefman & Braverman., 2011). Slični rezultati dobijeni su i poređenjem sa rezultatima drugih istraživanja. Ispitanice iz našeg kliničkog uzorka ostvaruju viši ukupan prosečni skor na upitniku *Kvalitet života kod problema sa plodnošću* u odnosu na 200 pacijentkinja iz Egipta (65,36 vs 59,38; $t=8.701$; $df=249$; $p<0.01$) (Ismail & Moussa, 2017), odnosno njih 155 iz Irana (65,36 vs 62,57; $t=4.063$; $df=249$; $p<0.01$) (Maroufizadeh, Ghaheri & Samani, 2016). Ipak, postoje i drugačiji rezultati. U poređenju sa pacijentkinjama u Holandiji ($N=473$), ispitanice u ovom istraživanju ispoljavaju značajno niži kvalitet života u kontekstu steriliteta (65,36 vs 70,8; $t=-6,856$; $df=249$; $p<0.01$) (Aarts i sar., 2011).

Kada je reč o subskalama upitnika, prosečni skor na skali *jezgrovni kvalitet života* značajno je viši od očekivanog (71,96 vs 53,70; $t=21,665$; $df=249$; $p<0.01$), dok je na skali *kvalitet života u domenu tretmana* u skladu sa očekivanim za klinički uzorak (58,77 vs 60,00; $t=-1,565$; $df=249$; $p=0.119$) (Boivin, Takefman & Braverman., 2011). U poređenju sa rezultatima dobijenim u istraživanju u Indiji ($N=100$), dobijeni su značajno viši skorovi i na subskali *jezgrovni kvalitet života* (71,96 vs 56,33; $t=18,545$; $df=249$; $p<0.01$) i na subskali *kvalitet života u domenu tretmana* (58,77 vs 27,64; $t=39,496$; $df=249$; $p<0.01$) (Dillu, Sheoran & Sarin, 2013).

Poređenje kliničke i kontrolne grupe ispitanica

Hipoteza H1 koja se odnosila na pretpostavku da će žene koje imaju problem sa sterilitetom ispoljiti viši nivo stresa, niže nivoe rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti i kvaliteta života, i da će češće primenjivati izbegavajuće strategije prevladavanja u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica, delimično je potvrđena.

Rezilijentnost

Pacijentkinje iz kliničke grupe u našem istraživanju ispoljavaju značajno niži nivo rezilijentnosti u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica ($t=-14,879$; $df=498$; $p<0.0028$). Ovaj nalaz u skladu je sa rezultatima drugih istraživanja (Connor & Davidson, 2003; Sani & Tamannaefar, 2017; Pirani i sar., 2014; Sexton i sar., 2010; Jebraeili, Hashemi & Nazemi; 2016; Kagan i sar., 2011). Dobijeni rezultat govori u prilog u tome da žene koje su suočene za značajnim negativnim iskustvom i izazovom, kao što je sterilitet, ispoljavaju manje sposobnosti prilagođavanja i funkcionalnog prevladavanja poteškoća, u odnosu na kontrolnu grupu žena. Ispitanice suočene sa problemom steriliteta imaju manje optimizma, strpljenja, veština rešavanja problema, vere da život ima smisla i teže im je da tolerišu negativne emocije i prilagode se promenama u odnosu na žene koje su trudne ili imaju decu.

Opšta samoefikasnost

Kada je reč o opštoj samoefikasnosti, nisu dobijene značajne razlike u izraženosti ove karakteristike između kliničke i kontrolne grupe ispitanica ($t=-1,286$; $df=498$; $p=0.199$). U nekim istraživanjima utvrđeno je da žene suočene sa problemom steriliteta ispoljavaju značajno niže nivoe opšte samoefikasnosti (Sani & Tamannaefar, 2017). U našem istraživanju, ispitanice iz kliničke grupe ispoljavaju nižu opštu samoefikasnost u poređenju sa kontrolnom grupom, ali dobijene razlike nisu statistički značajne. S obzirom da na doživljaj samoefikasnosti mogu uticati brojni faktori i da je procenjena samoefikasnost u različitim sferama, dalja i detaljnija ispitivanja pružila bi dodatne

odgovore na to da li i zbog čega postoji, odnosno ne postoji značajna razlika u izraženosti opšte samoefikasnosti kod žena koje imaju problem sa sterilitetom i onih koje nemaju taj problem.

Opšte strategije prevladavanja

Žene koji imaju problem sa sterilitetom značajno češće koriste distrakciju, i emocionalnu podršku, a značajno manje učestalo primenjuju pozitivnu reinterpretaciju, humor i samookrivljavanje u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica. Nije utvrđena značajna razlika u primeni poricanja, upotrebe supstanci, aktivnog suočavanja, planiranja, ventiliranja, instrumentalne podrške, prihvatanja, bihejvioralnog povlačenja, religije. Kada se u obzir uzmu aktivne (aktivno suočavanje, pozitivna reinterpretacija, prihvatanje, planiranje) i izbegavajuće strategije (bihejvioralno povlačenje, upotreba supstanci, samookrivljavanje, poricanje), žene koje imaju problem sa sterilitetom značajno manje učestalo primenjuju aktivne strategije prevladavanja u odnosu na kontrolnu grupu. Dobijeni rezultati delimično su u skladu sa nalazima da žene koje se leče od steriliteta manje učestalo primenjuju efikasne strategije prevladavanja u poređenju sa kontrolnom grupom (Joshi, Singh & Bindu, 2009), a delimično sa rezultatima prema kojima nije utvrđena značajna razlika u učestalosti primene strategija prevladavanja između žena koje imaju problem sa sterilitetom i kontrolne grupe (Bakhshayesh i sar., 2012).

Generalni stres

Kada je reč o generalnom stresu, nisu dobijene značajne razlike u izraženosti doživljenog generalnog stresa između kliničke i kontrolne grupe ispitanica ($t=2,448$; $df=498$; $p=0.015$). Dobijeni rezultat nije u skladu sa brojnim nalazima drugih istraživanja (Fido & Zahid, 2004; Monga i sar., 2004; Joshi, Singh & Bindu, 2009). Ipak, žene koje imaju problem sa sterilitetom ispoljavaju viši stres u aspektima koji se odnose na prevladavanje važnih promena i rešavanje problema, kao i na postizanje značajnih ciljeva. Svakako da je potrebno uzeti u obzir značajne individualne razlike i faktore koji dodatno doprinose višem doživljaju stresa. Neki od tih sociodemografskih i psiholoških faktora bili su deo ovog istraživanja i o rezultatima će biti diskutovano kasnije.

Generalni kvalitet života

Na osnovu rezultata našeg istraživanja može se zaključiti da ispitanice suočene sa problemom steriliteta ispoljavaju viši nivo generalnog kvaliteta života u poređenju sa kontrolnom grupom ($t=4,235$; $df=498$; $p<0.0028$). Ovaj nalaz nije u skladu sa brojnim istraživanjima koja su utvrdila da žene sa sterilitetom imaju niži generalni kvalitet života u odnosu na kontrolnu grupu (Chachamovich i sar., 2010; Haica, 2013; Drosdzol & Skrzypulec, 2008). Ipak, postoje i drugačiji nalazi, koji su u skladu sa našim rezultatima (Onat & Beji, 2012). Kada se uzmu u obzir pojedinačni ajetmi koji procenjuju kvalitet života u različitim aspektima, ispitanice koje imaju problem sa sterilitetom ispoljavaju viši kvalitet života u segmentima kao što su posao, obrazovanje i usavršavanje, socijalne aktivnosti, finansije, rekreacija i hobiji, ali doživljavaju niži kvalitet života u segmentu majčinstva i ostvarivanja roditeljstva. Imajući u vidu da na kvalitet života u različitim sferama funkcionisanja utiču mnogobrojni faktori, ono što se može izdvojiti kao značajno kada je reč o temi ovog istraživanja jeste da je sterilitet povezan sa nižim kvalitetom života u oblasti roditeljstva kod žena koje imaju ovaj problem. Svakako da to u kojoj meri će problem sa sterilitetom uticati na kvalitet života zavisi i od drugih, različitih faktora, i to će biti diskutovano u drugom odeljku.

Povezanost sociodemografskih i relevantnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja

Korelacije na celokupnom uzorku

Hipoteza H2a koja se odnosila na to da će ispitanice na celokupnom uzorku, koje su mlađe, koje su kraće u partnerskoj vezi, koje nisu zaposlene i imaju manja ukupna mesečna primanja ispoljiti niže nivoe rezilijentnosti, samoefikasnosti, kvaliteta života, a više nivoe stresa i češću primenu maladaptivnih strategija prevladavanja, delimično je potvrđena.

Kako bi se ispitala povezanost godina starosti, zaposlenja i dužine partnerske veze sa opštim zavisnim i nezavisnim varijablama, primenjena je kanonička korelaciona analiza. Na kontrolnom delu uzorka dobijeni podaci ukazuju na to da ispitanice koje su starije, koje su zaposlene i duže u partnerskoj vezi ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti i niži nivo generalne samoefikasnosti. Veća starosna dob, zaposlenje, kao i duža partnerska veza, povezani su sa većom otpornošću na promene i održavanjem stabilnijeg psihofizičkog funkcionisanja prilikom susreta sa problemima. Dobijeni nalaz očekivan je, ako se rezilijentnost određuje kao konstelacija karakteristika koje omogućavaju napredak i adaptaciju osobe na okolnosti sa kojima se susreće (Connor & Davidson, 2003). Sa većim životnim iskustvom, mogu se očekivati i veće prihvatanje realnosti, sposobnosti prilagođavanja značajnim promenama, veštine rešavanja problema (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013). Ipak, kod žena koje su starije, zaposlene i duže su u partnerskim vezama, niži je nivo generalne samoefikasnosti. S obzirom da se samoefikasnost najснаžnije razvija kroz lična iskustva ovladavanja izazovima i posmatranje sličnih drugih (Bandura, 1994), mogao bi se očekivati i drugačiji nalaz, te bi bilo korisno dalje istražiti na koje aktivnosti i sfere funkcionisanja se odnosi taj niži osećaj samoefikasnosti i sa kojim je faktorima povezan.

Kada je reč o ovim opštim sociodemografskim varijablama, kod žena koje imaju problem sa sterilitetom (klinička grupa), primenom kanoničke korelacione analize kao

značajna varijabla izdvojila se životna dob. Pacijentkinje koje su starije ispoljavaju nižu rezilijentnost i generalnu samoefikasnost, doživljavaju niži generalni stres, ali i niži kvalitet života i češće primenjuju opšte aktivne strategije prevladavanja. Dobijena korelacija između godina starosti i samoefikasnosti u skladu je sa drugim nalazima (Faramarzi i sar., 2014). Kada je reč o stresu, postoje istraživanja koja ukazuju da godine starosti nisu povezane sa stresom kod žena sa sterilitetom (Chi i sar., 2016; Turner i sar., 2013). U nekim istraživanjima utvrđeno je da mlađe pacijentkinje ispoljavaju niži kvalitet života (Rashidi i sar., 2008; Chachamovich i sar., 2007), što nije u skladu sa našim nalazima, dok u nekim nije utvrđena značajna povezanost (Dillu, Sheoran & Sarin, 2013).

Za procenu povezanosti ukupnih mesečnih primanja i opštih zavisnih i nezavisnih varijabli, primenjena je univarijatna analiza varijanse. Na kontrolnom delu uzorka, ispitanice koje imaju najmanja ukupna mesečna primanja (manja od 50.000 dinara) ispoljavaju najviši generalni stres, dok one sa najvećim ukupnim mesečnim primanja (preko 100.000 dinara) doživljavaju najniži nivo generalnog stresa. Na kliničkom uzorku, ispitanice sa najmanjim ukupnim mesečnim primanjima (manja od 50.000 dinara) najčešće koriste opšte izbegavajuće strategije prevladavanja, dok one sa najvećim prihodima (preko 100.000 dinara) sa najmanjom učestalošću primenjuju ove strategije. Dobijeni nalaz se razlikuje od istraživanja koja su utvrdila da žene iz nižeg socioekonomskog statusa češće primenjuju aktivne strategije prevladavanja u poređenju sa onima iz višeg (Lykeridou i sar., 2010).

Korelacije na kliničkom uzorku

Hipoteza H2b koja se odnosila na to da će ispitanice iz kliničkog uzorka koje su mlađe, koje su kraće u partnerskoj vezi, nisu zaposlene i imaju manja ukupna mesečna primanja, duže pokušavaju da zatrudne, uzrok steriliteta je vezan za muški pol, uključile su se u lečenje steriliteta i imaju veću želju za roditeljstvom – ispoljiti niže nivoe rezilijentnosti, samoefikasnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, a više nivoe specifičnog stresa i učestaliju primenu specifičnih maladaptivnih strategija prevladavanja, delimično je potvrđena.

Primenom kanoničke korelacione analize na kliničkom uzorku, koja je pored prethodno opisanih opštih uključivala i dodate specifične varijable, može se zaključiti da one ispitanice koje su mlađe i kod kojih je prisutna veća želja za roditeljstvom ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti, ali i viši generalni stres i stres u kontekstu steriliteta. Navedeni rezultati govore u prilog tome da kada se u obzir uzme više, gore navedenih sociodemografskih varijabli, kao značajne se izdvajaju godine starosti i želja za roditeljstvom. Kako bi se ispitaio uticaj ukupnih mesečnih primanja na nivo izraženosti specifičnih zavisnih i nezavisnih varijabli na kliničkom uzorku, primenjena je univarijatna analiza varijanse. Dobijeni nalazi ukazuju na to da, među ispitanicama koje imaju problem sa sterilitetom, one koje imaju najmanja ukupna mesečna primanja (manje od 50.000 dinara) doživljavaju najviši nivo stresa u kontekstu steriliteta, dok one sa najvećim prihodima (preko 100.000 dinara) ispoljavaju najniži specifični stres. Ovaj rezultat je u skladu sa drugim nalazima (Mussani, 2009). Kada je reč o strategijama prevladavanja steriliteta, ispitanice sa najmanjim prihodima najčešće koriste specifične izbegavajuće strategije prevladavanja, dok one sa najvećim mesečnim primanjima najmanje učestalo primenjuju specifične izbegavajuće strategije prevladavanja. Dobijeni rezultat se razlikuje od nalaza da pacijentkinje sa lošijim ekonomskim statusom češće primenjuju aktivne strategije prevladavanja u poređenju sa onima koje imaju veće prihode (Lykeridou i sar., 2010). Univarijatna analiza varijanse primenjena je i za procenu uticaja uzroka steriliteta na izraženost zavisnih i nezavisnih varijabli. Dobijeni rezultati ukazuju da ne postoji značajna povezanost. Sa druge strane, rezultati drugih studija ukazuju da je faktor steriliteta vezan za muški pol povezan sa višim stresom (Newton i sar., 1999), kao i sa češćom primenom strategija usmerenih na problem (Jafarzadeh i sar., 2015), u poređenju sa drugim uzrocima steriliteta. Isto tako, utvrđeno je da ukoliko je faktor steriliteta vezan za muški pol, žene ispoljavaju niži kvalitet života (Rashidi i sar., 2008; Fardiazar, Amanati & Azami, 2012).

Povezanost relevantnih varijabli u kontekstu Transakcionog modela stresa i prevladavanja na celokupnom (opšte varijable) i kliničkom uzorku (specifične varijable)

Povezanost rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, generalnog stresa i kvaliteta života na celokupnom uzorku

Hipoteza H3a, koja se odnosila na to su viši nivo rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti povezani sa nižim nivoom stresa i višim kvalitetom života na celokupnom uzorku (klinički i kontrolni), potvrđena je dobijenim rezultatima. Kako bi se ispitale navedene povezanosti korišćena je korelaciona analiza.

Na kliničkom i kontrolnom uzorku utvrđeno je da rezilijentnost i opšta samoefikasnost negativno koreliraju sa generalnim stresom, a pozitivno sa generalnim kvalitetom života. Ispitanice koje ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti doživljavaju niži generalni stres i viši kvalitet života. Dobijeni nalaz u skladu je sa razumevanjem rezilijentnosti kao protektivnog faktora koji ublažava uticaj stresora (Richardson, 2002; Fletcher & Sarkar, 2013). Pozitivna korelacija između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života govori u prilog definisanju rezilijentnosti u vidu markera blagostanja i samoaktualizacije (Richardson, 2002) koja je povezana sa boljim mentalnim zdravljem (Besharat, 2007). Zatim, viši nivo samoefikasnosti povezan je sa nižim generalnim stresom i višim kvalitetom života. Rezultati našeg istraživanja očekivani su, s obzirom da je visok nivo samoefikasnosti povezan sa opažanjem sebe kao osobe koja poseduje veštine potrebne za rešavanje problema (Bandura, 1994), i sa smanjenom vulnerabilnosti u stresnim situacijama (Bandura, 1997). Uverenja karakteristična za visok nivo samoefikasnosti podstiču unutrašnje interesovanje i angažovanje u različitim aktivnostima, postavljanje izazovnih ciljeva i posvećenost njima (Bandura, 1994). Pristup situaciji karakterističan za

osobe sa visokim nivoom opšte samoefikasnosti povezan je sa ličnim dostignućima što, donekle, može i objasniti pozitivnu korelaciju sa generalnim kvalitetom života.

Značajno je istaći i da je generalni stres značajno negativno povezan sa kvalitetom života – žene koje ispoljavaju više nivoe stresa imaju niži kvalitet života.

Povezanost rezilijentnosti, samoefikasnosti, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H3b, koja se odnosila na to da žene na kliničkom uzorku koje ispoljavaju više nivoe rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti doživljavaju niže nivoe stresa i viši kvalitet života u kontekstu steriliteta, potvrđena je dobijenim nalazima. Za ispitivanje navedenih povezanosti primenjena je korelaciona analiza.

Na kliničkom uzorku dobijena je značajna negativna korelacija između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta, što je u skladu sa rezultatima drugih istraživanja (Herrmann i sar., 2011; Mousavi i sar., 2013; Sexton i sar., 2010; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013; Cousineau i sar., 2006; Newton i sar., 1999). Rezilijentnost pozitivno korelira sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta, što je takođe potvrđeno prethodnim nalazima (Herrmann i sar., 2011). Dalje, viši nivo specifične samoefikasnosti povezan je sa nižim stresom u kontekstu steriliteta i višim kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Dobijeni nalazi su u skladu sa rezultatima drugih autora (Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013; Faramarzi i sar., 2014; Cousineau i sar., 2006).

Dodatno, stres u kontekstu steriliteta značajno je negativno povezan sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku. I druga istraživanja utvrdila su da je viši stres kod žena sa sterilitetom povezan sa nižim kvalitetom života u kontekstu steriliteta (Haica, 2013; Chi i sar., 2016; Zaia i sar., 2018).

Povezanost rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti i opštih mehanizama prevladavanja na celokupnom uzorku

Hipoteza H4a, koja se odnosila na to su viši nivo rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti povezani sa češćom primenom aktivnih strategija prevladavanja na celokupnom uzorku (klinički i kontrolni), potvrđena je dobijenim rezultatima. Kako bi se ispitate navedene povezanosti korišćena je korelaciona analiza.

I u kliničkoj i u kontrolnoj grupi ispitanica utvrđena je pozitivna korelacija između rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti sa učestalošću primene opštih aktivnih strategija prevladavanja. Izraženija rezilijentnost utiče na učestaliju primenu opštih aktivnih strategija prevladavanja (aktivno suočavanje, pozitivna reinterpretacija, prihvatanje, planiranje), što je u skladu sa očekivanjima (Fife i sar., 2008; Li, 2008). I viši nivo opšte samoefikasnosti takođe je povezan sa učestalijom upotrebom aktivnih strategija prevladavanja. Dobijeni rezultati su očekivani, imajući u vidu da je visok osećaj samoefikasnosti povezan sa opažanjem potencijalno ugrožavajuće i stresne situacije, kao podložne uticaju lične kontrole, pa se situacija interpretira kao manje preteća i stresna, a više predvidiva (Bandura, 1986). U skladu su i sa Transakcionim modelom stresa i prevladavanja, gde se samoefikasnost određuje kao vid sekundarne procene, odnosno uverenje o sopstvenoj sposobnosti uključivanja u specifična ponašanja i uspešnoj primeni identifikovane i izabrane strategije prevladavanja (Lazarus & Folkman, 1984; Nelson, 2010). Kada je reč o opštim izbegavajućim strategijama prevladavanja, negativne korelacije sa rezilijentnošću i opštom samoefikasnošću, značajne su jedino na kontrolnom uzorku.

Povezanost rezilijentnosti, samoefikasnosti u kontekstu steriliteta i specifičnih strategija prevladavanja na kliničkom uzorku

Hipoteza H4b, koja se odnosila na to su viši nivoi rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti povezani sa učestalijom primenom specifičnih aktivnih strategija prevladavanja na kliničkom uzorku, delimično je potvrđena. Za ispitivanje navedenih povezanosti primenjena je korelaciona analiza.

Kod ispitanica koje imaju problem sa sterilitetom viši nivo rezilijentnosti povezan je sa učestalijom primenom usmerenosti na problem (planiranje i informisanje, i traženje socijalne podrške) i brige o sebi (ulaganje u sebe i kompenzacija) kao strategija prevladavanja. Dobijeni nalazi u skladu su sa rezultatima drugih istraživanja koja su potvrdila pozitivnu korelaciju rezilijentnosti i aktivnih strategija prevladavanja (Sexton i sar., 2010; Mousavi i sar., 2013). Zatim, utvrđeno je da je viši nivo samoefikasnosti u kontekstu steriliteta povezan sa učestalijom primenom brige o sebi, kao strategije prevladavanja, i sa manje učestalom primenom specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje i samozanemarivanje), što je u skladu sa postojećim nalazima (Cousineau i sar., 2006).

Povezanost opštih strategija prevladavanja, generalnog stresa i kvaliteta života na celokupnom uzorku

Hipoteza H5a koja se odnosi na to da žene na celokupnom uzorku (klinički i kontrolni) koje češće primenjuju aktivne strategije prevladavanja doživljavaju niže nivoe stresa i viši kvalitet života, delimično je potvrđena. Kako bi se ispitale navedene povezanosti korišćena je korelaciona analiza.

Rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da je, i na kliničkom i na kontrolnom uzorku, učestalija primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana sa nižim generalnim stresom, dok učestalija primena opštih izbegavajućih mehanizama prevladavanja korelira sa višim generalnim stresom. Dobijeni nalazi u skladu su sa rezultatima drugih istraživanja u kojima su, generalno gledano, aktivne strategije prevladavanja, koje su usmerene na upravljanje situacijom i rešavanje problema, povezane sa boljim psihosocijalnim ishodom (Folkman i sar., 1986; Aldwin & Revenson, 1987; Rashidi i sar., 2011). Ipak, značajno je uzeti u obzir da i izbegavajuće strategije prevladavanja mogu biti korisne kada je reč o kratkoročnim stresorima koji su izvan lične kontrole (Suls & Fletcher, 1985). Zatim, u kliničkoj grupi ispitanica učestalija primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa višim generalnim kvalitetom života, dok je u kontrolnoj grupi učestalija primena opštih izbegavajućih strategija prevladavanja

povezana sa nižim generalnim kvalitetom života. Prevladavanje je jedan od sržnih koncepata u kontekstu kvaliteta života, s obzirom da je povezano sa regulacijom emocija i prevladavanjem različitih poteškoća i izazova (Folkman & Moskowitz, 2004), te su dobijeni nalazi u skladu sa očekivanim.

Povezanost specifičnih strategija prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H5b koja se odnosi na to da žene na kliničkom uzorku koje učestalije primenjuju specifične aktivne strategije prevladavanja doživljavaju niže nivoe stresa i viši kvalitet života u kontekstu steriliteta, delimično je potvrđena. Kako bi se ispitale navedene korelacije primenjena je korelaciona analiza.

Na osnovu dobijenih rezultata kod pacijentkinja sa sterilitetom, može se zaključiti da je učestalija upotreba specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje i samozanemarivanje) povezana sa višim stresom i nižim kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Nalaz našeg istraživanja u skladu je sa očekivanim. Brojna istraživanja utvrdila su negativan uticaj primene izbegavajućih strategija u kontekstu steriliteta na psihološku adaptaciju (Lieblum & Greenfeld, 1997; Berguis & Stanton, 2002; Joshi, Singh & Bindu, 2009; Schmidt i sar., 2005) i nivo stresa u kontekstu steriliteta (Aflakseir & Zarei, 2013; Lykeridou i sar., 2011; Pottinger i sar., 2006). Posebno je utvrđen negativan uticaj samookrivljavanja na nivo doživljenog stresa u kontekstu steriliteta (Pottinger i sar., 2006; Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013). Imajući u vidu da procena i tretman steriliteta zahtevaju prikupljanje informacija, traženje stručne pomoći i/ili socijalne podrške, razumevanje da su određeni aspekti problema izvan uticaja i kontrole pojedinca, nije iznenađujuće što su specifične izbegavajuće strategije povezane sa višim stresom i nižim kvalitetom života u kontekstu steriliteta.

Sa druge strane, rezultati našeg istraživanja ukazuju na to i da je češća primena usmerenosti na problem, kao strategije prevladavanja, kod žena iz kliničke grupe povezana sa višim nivoom specifičnog stresa. Ovaj nalaz nije u skladu sa brojnim istraživanjima koja su utvrdila povezanost planiranja, informisanja i aktivnih strategija prevladavanja sa boljom psihološkom adaptacijom i nižim stresom u kontekstu steriliteta (Lieblum & Greenfeld,

1997; Terry & Hynes, 1998; Berghuis & Stanton, 2002). Ipak, postoje i drugačiji nalazi koji ukazuju da su strategije usmerene na problem i aktivno suočavanje povezani sa višim nivoom stresa povezanog sa sterilitetom i lošijom adaptacijom (Benyamini i sar., 2009; Lykeridou i sar., 2011; Terry & Hynes, 1998). Dobijeni nalaz u skladu je sa pretpostavkama da i aktivne i izbegavajuće strategije prevladavanja mogu biti neefikasne kada je reč o sterilitetu, ali isto tako oba tipa strategija mogu biti povezana i sa pozitivnim ishodima (Al-Yazori, 2012). Efikasnost strategija usmerenih na problem može biti ograničena kada je reč o problemu steriliteta, gde parovi imaju ograničenu kontrolu nad ishodima (oni mogu izabrati sve raspoložive opcije tretmana, a i dalje biti suočeni sa problemom sa sterilitetom) (Al-Yazori, 2012). Stoga, može se očekivati da uporni bezuspešni napori da se ostvari cilj i dugotrajna i iscrpna posvećenost tretmanu steriliteta, mogu biti povezani sa višim nivoom stresa u kontekstu steriliteta.

Medijaciona uloga opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti i generalnog stresa i kvaliteta života na celokupnom uzorku

Hipoteza H6a prema kojoj opšti mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti, i generalnog stresa i kvaliteta života na kliničkom i kontrolnom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se proverile navedene pojedinačne medijacije opštih varijabli primenjeno je modelovanje strukturalnim jednačinama.

U odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa, na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja, što ukazuje na to da rezilijentnost utiče na nivo stresa samo direktno. Na kontrolnom uzorku kao značajni medijatori izdvojile su se opšte izbegavajuće strategije prevladavanja - viši nivo rezilijentnosti povezan je sa nižim generalnim stresom preko manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja.

U odnosu između opšte samoefikasnosti i generalnog stresa na kliničkom uzorku postoji parcijalna medijacija opštih aktivnih strategija prevladavanja (viši nivo opšte samoefikasnosti utiče na niži nivo generalnog stresa direktno i indirektno - preko učestalije

primene aktivnih strategija prevladavanja), dok na kontrolnom uzorku postoji parcijalna medijacija opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (viši nivo opšte samoeфикаsnosti deluje na niži nivo generalnog stresa direktno i indirektno - preko manje učestale upotrebe opštih izbegavajućih strategija prevladavanja).

U odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života, na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja, što ukazuje na direktan uticaj opšte samoeфикаsnosti na generalni kvalitet života. Na kontrolnom uzorku postoji potpuna medijacija opštih izbegavajućih strategija – viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim kvalitetom života preko delovanja na manje učestalu primenu opštih izbegavajućih strategija prevladavanja.

U odnosu između opšte samoeфикаsnosti i generalnog kvaliteta života na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja (direktan efekat opšte samoeфикаsnosti na generalni kvalitet života). Na kontrolnom uzorku javlja se parcijalna medijacija opštih izbegavajućih strategija – viši nivo opšte samoeфикаsnosti utiče na viši generalni kvalitet života direktno i indirektno, preko manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja.

Dodatno, utvrđeno je da opšta samoeфикаsnost nije medijator u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa na kliničkom uzorku, dok na kontrolnom uzorku postoji potpuna medijacija – viši nivo rezilijentnosti utiče na niži nivo generalnog stresa preko višeg doživljaja opšte samoeфикаsnosti. Zatim, na kliničkom uzorku viši nivo rezilijentnosti utiče na viši generalni kvalitet života direktno i indirektno – preko višeg osećaja opšte samoeфикаsnosti (parcijalna medijacija), a na kontrolnom uzorku viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim kvalitetom života preko uticaja na višu opštu samoeфикаsnost (potpuna medijacija).

Medijaciona uloga specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H6b prema kojoj specifični mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti, i stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se proverile navedene pojedinačne medijacije specifičnih varijabli primenjeno je modelovanje strukturalnim jednačinama.

U odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta, na kliničkom uzorku, utvrđena je potpuna medijacija specifičnih mehanizama prevladavanja. Na osnovu dobijenih podataka može se zaključiti da je viši nivo rezilijentnosti povezan sa višim stresom u kontekstu steriliteta preko učestalije primene usmerenosti na problem, odnosno nižim stresom u kontekstu steriliteta preko učestalije primene brige o sebi i manje učestale primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja. S obzirom da između tri grupe strategija prevladavanja postoje interkorelacije, kada se sve uključe u model, specifične izbegavajuće strategije prevladavanja prestaju da budu značajan medijator.

U odnosu između specifične samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta, na kliničkom uzorku, postoji parcijalna medijacija brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja. Viši osećaj specifične samoefikasnosti povezan je sa nižim nivoom stresa u kontekstu steriliteta direktno i indirektno - preko češće primene brige o sebi i manje učestale upotrebe specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

U odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, na kliničkom uzorku, jedino se specifične izbegavajuće strategije prevladavanja izdvajaju kao značajni medijatori. Viši nivo rezilijentnosti utiče na viši kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno - preko manje upotrebe specifičnih izbegavajućih strategija (parcijalna medijacija). Zanimljivo je istaći da kada se svi mehanizmi prevladavanja uključe u model, specifične izbegavajuće strategije prestaju da budu značajni medijatori, zbog međusobnih interkorelacija.

U odnosu između specifične samoefikasnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, specifične izbegavajuće strategije prevladavanja predstavljaju značajne medijatore

na kliničkom uzorku. Reč je o parcijalnoj medijaciji – viši nivo specifične samoefikasnosti deluje na viši kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno, preko manje učestale upotrebe specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

Dodatno, na kliničkom uzorku, viši nivo rezilijentnosti utiče na niži nivo stresa u kontekstu steriliteta preko višeg nivoa specifične samoefikasnosti (parcijalna medijacija), i na viši kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno – preko višeg osećaja specifične samoefikasnosti (parcijalna medijacija).

Medijaciona uloga opšte samoefikasnosti i opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa na celokupnom uzorku

Hipoteza H7a prema kojoj opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa na kliničkom i kontrolnom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se proverile navedene medijacije opštih varijabli, prvo je primenjena hijerarhijska regresiona analiza, a zatim modelovanje strukturalnim jednačinama.

Na osnovu hijerarhijske regresione analize, koja je sprovedena u tri koraka, na kliničkom uzorku kao značajni prediktori generalnog stresa izdvojili su se *rezilijentnost* (u sva tri modela) i *opšte izbegavajuće strategije prevladavanja*. U trećem koraku hijerarhijske regresione analize, na osnovu svih prediktorskih varijabli, može se objasniti 25,7% varijanse generalnog stresa. Rezilijentnost predstavlja najsnažniji prediktor i negativno utiče na nivo doživljenog stresa, dok opšte izbegavajuće strategije prevladavanja pozitivno koreliraju sa doživljenim stresom. Beta koeficijent rezilijentnosti smanjio se uvođenjem opštih strategija prevladavanja u trećem modelu, što ukazuje na parcijalnu medijaciju. Ipak, primenom strukturalnih jednačina utvrđeno je da, uključivanjem svih relevantnih opštih varijabli u složenije modele na kliničkom uzorku, ne postoji medijacija opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa.

Na kontrolnom uzorku, na osnovu hijerarhijske regresione analize, koja je sprovedena u tri koraka, kao značajni prediktori generalnog stresa izdvojili su se

rezilijentnost (u prvom modelu), *opšta samoefikasnost* (u oba modela) i *opšte izbegavajuće strategije prevladavanja*. U trećem koraku hijerarhijske regresione analize, na osnovu svih uključenih prediktora, može se objasniti 20,1% varijanse generalnog stresa. Naj snažniji prediktor su opšte izbegavajuće strategije prevladavanja koje pozitivno koreliraju sa generalnim stresom. Opšta samoefikasnost negativno je povezana sa doživljenim stresom. U drugom koraku, uvođenjem opšte samoefikasnosti, *rezilijentnost* prestaje da bude značajan prediktor, što ukazuje na potpunu medijaciju opšte samoefikasnosti. U trećem koraku, uvođenjem i opštih mehanizama prevladavanja, *rezilijentnost* i dalje nije značajan prediktor, dok se beta koeficijent opšte samoefikasnosti smanjio. Dobijeni nalazi ukazuju na postojanje potpune, odnosno parcijalne medijacije opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Primenom strukturalnih jednačina na kontrolnom uzorku utvrđeno je da u odnosu između *rezilijentnosti* i generalnog stresa postoji potpuna medijacija preko: opšte samoefikasnosti, i opšte samoefikasnosti i opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Dobijeni nalazi potpunije objašnjavaju povezanost *rezilijentnosti* i generalnog stresa, kada se u obzir uzmu i opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja.

Medijaciona uloga specifične samoefikasnosti i specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H7b prema kojoj specifična samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između *rezilijentnosti* i stresa u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku, potvrđena je. Za ispitivanje navedenih medijacija svih relevantnih specifičnih varijabli, prvo je primenjena hijerarhijska regresiona analiza, a zatim modelovanje strukturalnim jednačinama.

Na osnovu hijerarhijske regresione analize, koja je sprovedena u tri koraka, kao značajni prediktori stresa u kontekstu steriliteta izdvojili su se *rezilijentnost* (u prvom modelu), *samoefikasnost u kontekstu steriliteta* (u oba modela), *usmerenost na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja*. U trećem koraku hijerarhijske regresione analize, na osnovu svih prediktorskih varijabli može se objasniti 39% varijanse stresa u kontekstu steriliteta. Naj snažniji prediktor je usmerenost na problem

kao strategija prevladavanja koja pozitivno korelira sa doživljenim stresom u kontekstu steriliteta. Zatim, učestalija primena brige o sebi kao strategije prevladavanja vodi ka višem nivou stresa, dok viši nivo specifične samoefikasnosti i češća primena specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja vode ka nižem nivou stresa u kontekstu steriliteta. U drugom koraku, beta koeficijent rezilijentnosti prestao je da bude značajan, što ukazuje na potpunu medijaciju specifične samoefikasnosti. U trećem koraku, uvođenjem i specifičnih mehanizama prevladavanja, rezilijentnost i dalje nije značajan prediktor, dok se beta koeficijent samoefikasnosti u kontekstu steriliteta smanjio. Dobijeni rezultati ukazuju na postojanje potpune, odnosno parcijalne medijacije specifičnih strategija prevladavanja. Primenom strukturalnih jednačina izgrađen je model koji ukazuje na to da u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta postoji potpuna medijacija preko: brige o sebi kao mehanizma prevladavanja; samoefikasnosti u kontekstu steriliteta; samoefikasnosti u kontekstu steriliteta i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja. S obzirom na međusobne interkorelacije specifičnih mehanizama prevladavanja, usmerenost na problem prestaje da bude značajan medijator. Dobijeni nalaz unapređuje razumevanje povezanosti rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta.

Medijaciona uloga opšte samoefikasnosti i opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na celokupnom uzorku

Hipoteza H8a prema kojoj opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na kliničkom i kontrolnom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se proverile navedene medijacije opštih varijabli, prvo je primenjena hijerarhijska regresiona analiza, a zatim modelovanje strukturalnim jednačinama.

Na osnovu hijerarhijske regresione analize, koja je sprovedena u tri koraka, na kliničkom uzorku kao značajan prediktor generalnog kvaliteta života, izdvojila se jedino *rezilijentnost* (u sva tri modela). Kao što je utvrđeno i primenom korelacione analize, rezilijentnost pozitivno utiče na generalni kvalitet života. Primenom strukturalnih jednačina, potvrđeno je da na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opšte

samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života.

Na kontrolnom uzorku, na osnovu hijerarhijske regresione analize, koja je sprovedena u tri koraka, kao značajni prediktori generalnog kvaliteta života izdvojili su se *rezilijentnost* (u prvom modelu), *opšta samoefikasnost* (u oba modela) i *opšte izbegavajuće strategije prevladavanja*. U trećem koraku hijerarhijske regresione analize, na osnovu svih uključenih prediktora, može se objasniti 12,4% varijanse generalnog stresa. Naj snažniji prediktor je opšta samoefikasnost koja pozitivno korelira sa generalnim kvalitetom života, dok su opšte izbegavajuće strategije prevladavanja negativno povezane sa kvalitetom života. U drugom koraku rezilijentnost prestaje da bude značajan prediktor, što ukazuje na potpunu medijaciju opšte samoefikasnosti. U trećem koraku, uvođenjem i opštih mehanizama prevladavanja, rezilijentnost i dalje nije značajan prediktor, dok se beta koeficijent opšte samoefikasnosti smanjio. Dobijeni nalazi ukazuju na postojanje potpune, odnosno parcijalne medijacije opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Primenom strukturalnih jednačina na kontrolnom uzorku potvrđeno je da u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života postoji potpuna medijacija preko: opšte samoefikasnosti, i opšte samoefikasnosti i opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Dobijeni nalazi potpunije objašnjavaju povezanost rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života, kada se u obzir uzmu i opšta samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja.

Medijaciona uloga specifične samoefikasnosti i specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H8b prema kojoj specifična samoefikasnost i mehanizmi prevladavanja predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku – potvrđena je. Za ispitivanje navedenih medijacija svih relevantnih specifičnih varijabli, prvo je primenjena hijerarhijska regresiona analiza, a zatim modelovanje strukturalnim jednačinama.

Na osnovu rezultata hijerarhijske regresione analize u tri koraka, kao značajni prediktori kvaliteta života u kontekstu steriliteta izdvojili su se: *rezilijentnost* (u sva tri modela), *specifična samoefikasnost* (u oba modela), *specifične izbegavajuće strategije prevladavanja*. U trećem koraku hijerarhijske regresione analize na osnovu svih prediktorskih varijabli objašnjeno je 28,4% varijanse kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Najsnažniji prediktor je specifična samoefikasnost, koja pozitivno korelira sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Zatim, rezilijentnost je povezana pozitivno, a specifične izbegavajuće strategije negativno sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta. U drugom koraku, smanjio se beta koeficijent rezilijentnosti uvođenjem specifične samoefikasnosti, dok se u trećem koraku smanjio koeficijent specifične samoefikasnosti uvođenjem specifičnih strategija prevladavanja. Navdeni rezultati ukazuju na postojanje parcijalne medijacije, koja je i potvrđena primenom strukturalnih jednačina. Rezilijentnost utiče na kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno preko: specifične samoefikasnosti, i specifične samoefikasnosti i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja. Dobijeni nalaz poboljšava razumevanje povezanosti rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta.

Medijaciona uloga opšte samoefikasnosti, opštih mehanizama prevladavanja i generalnog stresa u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na celokupnom uzorku

Hipoteza H9a prema kojoj opšta samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja i generalni stres predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života na kliničkom i kontrolnom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se ispitale navedene medijacije opštih varijabli primenjeni su hijerarhijska regresiona analiza i modelovanje strukturalnim jednačinama. Imajući u vidu rezultate prethodno diskutovanih medijacija, ova hipoteza je proverena u četvrtom modelu hijerarhijske regresione analize, u kojoj je zavisna varijabla generalni kvalitet života.

Kada se u hijerarhijsku regresionu analizu kao prediktor uključi i generalni stres, na kliničkom uzorku se kao značajni prediktori izdvajaju *rezilijentnost* i *generalni stres*. U četvrtom modelu se na osnovu svih prediktorskih varijabli može objasniti 19,4% varijanse generalnog kvaliteta života na kliničkom uzorku. Snažniji prediktor je rezilijentnost, koja pozitivno korelira sa generalnim kvalitetom života, dok generalni stres negativno utiče na kvalitet života. U četvrtom modelu, uvođenjem i generalnog stresa kao prediktora, smanjio se beta koeficijent rezilijentnosti. Dobijeni nalaz ukazuje na parcijalnu medijaciju generalnog stresa, koja je i potvrđena primenom strukturalnih jednačina. Na kliničkom uzorku, rezilijentnost je povezana sa generalnim kvalitetom života direktno i indirektno, preko generalnog stresa.

Uključivanjem i generalnog stresa kao prediktora u četvrti model hijerarhijske regresione analize na kontrolnom uzorku, kao značajni prediktori generalnog kvaliteta života izdvajaju se *opšta samoefikasnost* i *generalni stres*. U četvrtom modelu se na osnovu svih prediktorskih varijabli može objasniti 23,5% varijanse generalnog kvaliteta života na kontrolnom uzorku. Snažniji prediktor je generalni stres, koji negativno korelira sa generalnim kvalitetom života, dok je opšta samoefikasnost pozitivno povezana sa kvalitetom života. U četvrtom modelu, uvođenjem i generalnog stresa kao prediktora, smanjio se beta koeficijent opšte samoefikasnosti, a opšte izbegavajuće strategije prevladavanja prestaju da budu značajni prediktori. Dobijeni nalazi ukazuje na parcijalnu, odnosno potpunu medijaciju generalnog stresa, koja je i potvrđena primenom strukturalnih jednačina. Na kontrolnom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života postoji potpuna medijacija preko: generalnog stresa, opšte samoefikasnosti, i opšte samoefikasnosti, izbegavajućih strategija prevladavanja i generalnog stresa.

Medijaciona uloga specifične samoefikasnosti, specifičnih mehanizama prevladavanja i stresa u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku

Hipoteza H9b prema kojoj specifična samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja i specifičan stres predstavljaju medijatore u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta na kliničkom uzorku, delimično je potvrđena. Kako bi se ispitale navedene medijacije korišćeni su hijerarhijska regresiona analiza i modelovanje strukturalnim jednačinama. Kada se u obzir uzmu prethodno dobijeni rezultati medijacija, za proveru ove hipoteze uključen je četvrti model hijerarhijske regresione analize, u kojoj je zavisna varijabla kvalitet života u kontekstu steriliteta. Dodavanjem i stresa u kontekstu steriliteta kao prediktora, kao značajni prediktori kvaliteta života u kontekstu steriliteta izdvajaju se *rezilijentnost, specifična samoefikasnost i stres u kontekstu steriliteta*. Na osnovu svih prediktorskih varijabli u četvrtom modelu može se objasniti 36,8% varijanse kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Najsnažniji prediktor je stres u kontekstu steriliteta koji negativno utiče na kvalitet života u kontekstu steriliteta. Rezilijentnost i specifična samoefikasnost pozitivno koreliraju sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta. U četvrtom modelu (uvođenjem stresa u kontekstu steriliteta kao prediktora) smanjio se beta koeficijent specifične samoefikasnosti, a specifične izbegavajuće strategije prevladavanja prestale su da budu značajni prediktori. Dobijeni nalazi ukazuju na postojanje potpune, odnosno parcijalne medijacije stresa u kontekstu steriliteta, koja je potvrđena primenom strukturalnih jednačina. Na kliničkom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, postoji parcijalna medijacija preko: brige o sebi kao mehanizma prevladavanja i stresa u kontekstu steriliteta, samoefikasnosti u kontekstu steriliteta, samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta, i samoefikasnosti u kontekstu steriliteta, specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja i stresa u kontekstu steriliteta.

Dobijeni nalaz poboljšava razumevanje uticaja rezilijentnosti na kvalitet života u kontekstu steriliteta kada se u obzir uzmu sve relevantne varijable (specifična samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja i stres u kontekstu steriliteta).

Značaj i ograničenja istraživanja

Istraživanje je sprovedeno na osnovu interesovanja za problem steriliteta kod žena i prepoznavanja značaja psihološkog pristupa problemu u mnogim zemljama. Imajući u vidu da je zdravstvena psihologija, posebno u oblasti reproduktivnog zdravlja i neplodnosti, u našoj zemlji jos uvek u povoju, rezultati ove disertacije imaju značajne teorijske i praktične doprinose. Neki od značajnijih doprinosa istraživanja su sledeći:

- 1) Ovo je prva doktorska disertacija iz oblasti psiholoških aspekata steriliteta u našoj zemlji. Istraživanje sprovedeno na uzorku žena koje imaju problem sa sterilitetom, a sa ciljem ispitivanja doživljavanja i prevladavanja problema kao stresnog iskustva, prvo je istraživanje tog tipa u Srbiji.
- 2) Instrumenti koji su korišćeni za procenu samoefikasnosti, prevladavanja, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta prvi put su primenjeni i ispoljili su dobru pouzdanost. Navedeni upitnici mogu naći svoju primenu u daljim sličnim istraživanjima, ali i u praksi, kako bi se procenili i bolje razumeli doživljaji steriliteta kod osoba suočenih sa ovim problemom.
- 3) Iz teorijskog ugla, dobijeni nalazi imaju značajne implikacije za razumevanje steriliteta u kontekstu Transakcione teorije stresa i prevladavanja. Sa jedne strane, potvrđene su već dobijene korelacije značajnih konstrukata i na našem uzorku. Sa druge strane, ono što je još značajnije, nismo pronašli istraživanje koje uključuje sve varijable relevantne za ovaj rad. Stoga, dobijene korelacije i medijacije upotpunjuju razumevanje odnosa rezilijentnosti, stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta, ističući značaj medijacione uloge specifične samoefikasnosti i mehanizama prevladavanja.

- 4) Sprovedeno istraživanje ima i značajni praktični doprinos u kontekstu kliničke prakse. Dobijeni nalazi pružaju osnovu i smernice za kreiranje specifičnih preventivnih i edukativnih programa, posebnih oblika psihološkog savetovanja za osobe suočene sa sterilitetom. Razumevanje steriliteta kao biopsihosocijalnog fenomena i uključivanje psihološkog savetovanja kao integrativnog dela tretmana već je prepoznato i primenjeno u mnogim zemljama. Rezultati ovog istraživanja dodatno naglašavaju značaj i potrebu da se sličan pristup primeni i kod nas.
- 5) Tema ovog rada je veoma značajna, ne samo za osobe suočene sa sterilitetom, već i za društvo u celini. Važno je uzeti u obzir poboljšanje kvaliteta života parova koji imaju poteškoća da se ostvare kao roditelji i potpunije sagledati problem kako bi im se pružili svi mogući i potrebni vidovi pomoći i podrške. Budući roditelji, oni koji to žele da postanu, predstavljaju značajnu grupu društva za rast i razvoj stanovništva. Problem sa sterilitetom koji onemogućava ostvarivanje važne životne želje i cilja može biti psihofizički stresan i težak, pa mnoge osobe odustanu od tretmana steriliteta. S obzirom da se procenjuje da u Srbiji svaki šesti par ima problem sa sterilitetom, značajno je sistematski se baviti unapređenjem pristupa sterilitetu koji pored medicinskih, uključuje i psihološke i socijalne segmente.

Ova doktorska disertacija pružila je značajne teorijske i praktične doprinose, ali ipak sprovedeno istraživanje ima i određena ograničenja. Neka od ograničenja karakteristična su za većinu radova i proističu iz nemogućnosti da se određeni fenomen u potpunosti obuhvati i ispita jednim istraživanjem, dok se neka odnose na metodologiju i način procene korišćene u radu. Kao značajna ograničenja, mogu se izdvojiti sledeći aspekti:

- 1) Iako je veličina kliničkog uzorka zadovoljavajuća (N=250), istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku žena koje su u fazi ispitivanja i lečenja steriliteta u Beogradu. Uzorak nije reprezentativan, odnosno u istraživanje nisu uključene žene sa problemom steriliteta iz cele Srbije, kao ni muškarci, koji se takođe suočavaju sa problem steriliteta koji pogađa par.

- 2) Jedno od objektivno prisutnih ograničenja, koja su karakteristična za mnoga klinička istraživanja, jeste da se svi primenjeni upitnici baziraju na samoproceni ispitanica koja može biti pod uticajem trenutnog stanja, raspoloženja, motivacije, tendencije davanja očekivanih i/ili poželjnih odgovora.
- 3) Zbog dostupnosti uzorka i prirode problema, koji se prvi put ispitivao u našoj zemlji na takav način, sprovedeno istraživanje je transversalno. U istraživanje su uključene sve žene koje su u trenutku ispitivanja bile na proceni problema steriliteta u bolnici. Sa druge strane, praćenje ispitanika, odnosno njihovih psiholoških reakcija, u početnoj fazi dijagnoze steriliteta, tokom lečenja, nakon neuspeha tretmana, nakon uspešno završenog lečenja, pružilo bi potpunije i relevantnije podatke o stresu i prevladavanju steriliteta koji je često hroničan problem.
- 4) Istraživanje je uključilo varijable relevantne za razumevanje steriliteta u kontekstu Transakcione teorije stresa i prevladavanja. Ipak, imajuću u vidu kompleksnost problema, kako bi se bolje razumele dobijene korelacije i medijacije, moguće je dobijene nalaze unaprediti uključivanjem još nekih značajnih i relevantnih varijabli.
- 5) Iako su dobijeni nalazi značajni za razumevanje doživljaja i prevladavanja steriliteta iz psihološkog ugla, zbog nedostatka sličnih istraživanja u našoj zemlji poređenje je bilo moguće samo sa rezultatima istraživanja iz drugih zemalja. Nalaze i zaključke izvedene iz ovog rada nije bilo moguće uporediti ili diskutovati o njima u odnosu na druga istraživanja koja se bave psihološkim aspektima steriliteta u Srbiji. Kada se uzmu u obzir specifični društveni i kulturološki faktori značajni za potpunije i relevantnije razumevanje problema steriliteta, nemogućnost poređenja sa istraživanjima u našoj zemlji predstavlja objektivno ograničenje.

Praktične implikacije dobijenih rezultata i smernice za buduća istraživanja

Imajući u vidu osnovni predmet i ciljeve istraživanja, implikacije rezultata istraživanja biće usmerene na nalaze dobijene u kliničkoj grupi ispitanica.

Rezilijentnost

Rezilijentnost se uglavnom određuje kao kapacitet osobe izložene negativnom, stresnom događaju da održi relativno stabilan i zdrav nivo psihološkog i fiziološkog funkcionisanja (Bonanno, 2004). S obzirom da se sterilitet može doživeti kao snažno stresno iskustvo, rezilijentnost je značajan koncept u kontekstu steriliteta. Dodatno, rezultati našeg istraživanja ukazuju da pacijentkinje sa problemom steriliteta ispoljavaju nižu rezilijentnost u poređenju sa normom za kliničku grupu žena i sa kontrolnom grupom ispitanica iz ovog istraživanja. Zatim, utvrdili smo da rezilijentnost značajno negativno korelira sa stresom, a pozitivno sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Dobijeni nalazi imaju značajne praktične implikacije. Rezilijentnost je povezana sa prihvatanjem realnosti, sposobnošću prilagođavanja na značajne promene, verovanjem da život ima smisla, strpljenjem, tolerancijom negativnih emocija, veštinom rešavanja problema, što je sve značajno u kontekstu dijagnoze i tretmana steriliteta. Prihvatanje problema olakšava funkcionalno ponašanje i uključivanje u tretman, koji može dugo trajati i često podrazumeva prilagođavanje ličnih i profesionalnih obaveza, partnerskih i socijalnih aktivnosti. Tokom lečenja steriliteta mogu se javiti i ponavljani neuspesi u ostvarivanju trudnoće, a neretko se doživljavaju i različite negativne emocije kao što su anksioznost, tuga, bes, povređenost, ljubomora. Stoga, jačanje rezilijentnosti može olakšati prevladavanje problema steriliteta. Posebno je značajno usmeriti se na individualne faktore rezilijentnosti koji obuhvataju značaj i značenje koje osoba pridaje problemu sa začecem i sposobnost prilagođavanja neočekivanim i neprijatnim situacijama (Ridenour, Yorgason & Peterson, 2009). Psihološko savetovanje, u zavisnosti od individualne procene, može biti usmereno na promenu odnosa prema medicinskim aspektima dijagnoze i tretmana steriliteta, zatim na

jačanje bliskosti, intimnosti para i razumevanje individualnih i polnih razlika u reagovanju na problem, razvijanje veština donošenja odluka, prevladavanje snažnih negativnih emocija, prilagođavanje promenama i neizvesnostima. Jačanje optimizma, strpljenja, veština rešavanja problema, vere da život ima smisla, kroz individualno i grupno savetovanje, značajno je za žene suočene sa problemom sa sterilitetom.

Samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta

Samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta definiše se kao nivo poverenja osobe u sopstvene kognitivne, emocionalne i bihevioralne veštine povezane sa sterilitetom i lečenjem. Određuje se kao uverenje u sopstvenu sposobnost za uključivanje u različite oblike ponašanja i sprovođenje aktivnosti koje se smatraju adaptivnim u prevladavanju zahteva tretmana (Cousineau i sar., 2006). Stoga, predstavlja značajan konstrukt u kontekstu steriliteta. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da pacijentkinje na našem uzorku ispoljavaju viši nivo samoeфикаsnosti u kontekstu steriliteta u odnosu na normu za klinički uzorak, i da ne postoji značajna razlika u izraženosti opšte samoeфикаsnosti između kliničke i kontrolne grupe. Ipak, imajući u vidu da je održavanje visokog nivoa samoeфикаsnosti tokom tretmana povezano sa pozitivnijim emocionalnim reakcijama i istrajnošću tokom tretmana (Cousineau i sar., 2006), jačanje samoeфикаsnosti kod žena sa problemom steriliteta ima značajne praktične implikacije, posebno kada se uzme u obzir da smo utvrdili značajnu negativnu korelaciju sa stresom i pozitivnu korelaciju sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Visok osećaj samoeфикаsnosti kod žena sa sterilitetom, povezan je sa održanjem pozitivnog stava i smirenošću tokom ispitivanja i lečenja neplodnosti i konstruktivnim upravljanjem promenama raspoloženja povezanim sa hormonskim tretmanima (Cousineau i sar., 2006). S obzirom da ishod lečenja steriliteta ne zavisi u potpunosti od angažovanja para i njihovog uključivanja u tretman, samoeфикаsnost u kontekstu steriliteta možda se najbolje može jačati informisanjem o dijagnozi i opcijama lečenja neplodnosti, značajnim faktorima koji olakšavaju ili otežavaju postizanje cilja, prikupljanjem podataka o postizanju uspeha kroz kontinuirane napore sa sličnim i relevantnim iskustvima drugih. Navedeno ne vodi nužno do ostvarivanja trudnoće kao cilja, ali svakako da pomaže osobi da raspoláže relevantnim informacijama, razlikuje šta je bitno,

a šta nije i na šta može da utiče, a pomaže joj i da jača svoja verovanja da i ona poseduje sposobnosti da ovlada sličnim, značajnim aktivnostima. Iako o opštoj samoefikasnosti osobe ne bi trebalo zaključivati na osnovu suočavanja sa problemom steriliteta, jačanje generalnih verovanja u svoje sposobnosti prevladavanja različitih poteškoća i izazova može doprineti i jačanju samoefikasnosti u kontekstu steriliteta.

Strategije prevladavanja steriliteta

Problem steriliteta je često hroničan, a parovi imaju ograničen uticaj na ishod lečenja, pa je teško generalno izdvojiti strategije koje su uvek funkcionalne i koje bi trebalo primenjivati u svakoj fazi tretmana. Prevladavanje steriliteta uglavnom zahteva primenu različitih strategija, što zavisi od faze i prognoza lečenja, dostupnih resursa i mogućnosti, toga kako se doživljava i tumači problem steriliteta. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da pacijentkinje iz našeg uzorka, u odnosu na očekivano, značajno češće primenjuju socijalno povlačenje, poricanje, samozanemarivanje, prihvatanje, pozitivnu reinterpetaciju, kompenzaciju, ulaganje u sebe, traženje socijalne podrške, planiranje i informisanje. Zatim, u odnosu na kontrolnu grupu ispitanica, češće koriste distrakciju i poricanje, a manje učestalo pozitivnu reinterpetaciju i prihvatanje. Utvrdili smo da kod pacijentkinja specifične izbegavajuće strategije pozitivno koreliraju sa stresom, a negativno sa kvalitetom života u kontekstu steriliteta, dok i usmerenost na problem pozitivno korelira sa stresom. Zatim, viši nivoi rezilijentnosti i samoefikasnosti povezani su sa učestalijom primenom aktivnih, a manje učestalom primenom izbegavajućih strategija prevladavanja. Dobijeni podaci imaju značajne praktične implikacije. Značajno je u praksi proceniti kako se par nosi sa sterilitetom. Posebno je važna psihoedukacija o tome koji mehanizmi prevladavanja mogu biti korisni u određenim situacijama i fazama lečenja, u odnosu na raspoložive resurse i lični doživljaj problema, a koje strategije imaju kratkoročne ili dugoročne negativne posledice. Zatim, kroz psihološko savetovanje i radionice, razvijanje veština za češću ili manje učestalu upotrebu određenih strategija prevladavanja može biti značajan aspekt tretmana steriliteta. Generalno, korisno je podsticati i jačati primenu prihvatanja, pozitivne reinterpetacije, planiranja i informisanja nakon dijagnoze, tokom započinjanja i završetka tretmana, ukoliko je ishod negativan. Zatim, socijalna podrška je veoma značajna

u svim fazama tretmana i osoba može biti osnažena da podršku potraži od partnera, porodice, prijatelja, osoba sa sličnim iskustvima. Značajno je i ohrabrivati žene koje imaju problem sa sterilitetom da se posvete sebi, svojim interesovanjima, obavezama, hobijima i aktivnostima koje nisu povezane sa začecem. Psihološko savetovanje može biti usmereno i na smanjenje učestalosti primene samookrivljanja i izbegavanja, s obzirom da česta primena ovih strategija vodi ka dugoročnim negativnim ishodima (npr. nezapočinjanje tretmana steriliteta) i disfunkcionalnim emocijama (npr. anksioznost, depresija) koje su za osobu stresne i teške, a negativno mogu uticati i na plodnost.

Stres u kontekstu steriliteta

Dobijeni rezultati ukazuju da je stres koji doživljavaju pacijentkinje suočene sa problemom steriliteta u skladu sa očekivanim, ili niži u poređenju sa drugim nalazima. Jedino na subskali neprihvatanje života bez dece, ispitanice iz kliničkog uzorka u ovom istraživanju ispoljavaju viši stres. Nije utvrđena značajna razlika u izraženosti generalnog stresa između kliničke i kontrolne grupe. Imajući u vidu psihološke posledice stresa, ali i uticaj na plodnost, navedeni rezultati imaju značajne praktične implikacije. Povišeni nivo stresa značajno umanjuje stopu začeca (Finamore i sar., 2007; Katz, 2008; Nakamura, Sheps & Arck, 2008) i ima negativan uticaj na ishod vantelesne oplodnje (Chung i sar., 2001). Visok nivo hormona stresa može da utiče i na vreme ovulacije i skraćenje lutealne faze, što je povezano sa uspešnom implantacijom i održanjem rane trudnoće (Nakamura, Sheps & Arck, 2008). Zatim, jedan od glavnih razloga napuštanja tretmana steriliteta jeste emocionalno sagorevanje (Olivius i sar., 2002; Domar, 2004; Smeenk i sar., 2004). Procenat žena koje odustaju od tretmana prvenstveno zbog stresa kreće se u rasponu od 23 do 66% (Hammarberg, Astbury & Baker, 2001; Brandes i sar., 2009).

Dalje, naši rezultati ukazuju da pacijentkinje kod kojih je više izražena želja za roditeljstvom i koje imaju manja ukupna mesečna primanja, koje ispoljavaju nižu rezilijentnost i samoefikasnost, i češće primenjuju usmerenost na problem i specifične izbegavajuće strategije prevladavanja, doživljavaju viši stres. Dobijeni podaci ukazuju na to koji aspekti mogu biti posebno značajni za razumevanje doživljaja stresa. Svakako da su individualni pristup i procena nešto što će istaći faktore koji doprinose stresu i pružiti bolje

smernice za pružanje psihološke pomoći i podrške. Iako na nivo stresa utiču i karakteristike tretmana, kao i finansijske i praktične mogućnosti, psihološko savetovanje može biti značajno kada je reč o individualnom doživljaju i funkcionisanju pojedinca, ali i para. Razvijanje zdrave i funkcionalne želje za roditeljstvom, uz postavljanje fleksibilnih vremenskih okvira i prihvatanje drugačijih potencijalnih ishoda, može umanjiti doživljeni stres. Zatim, prethodno opisano jačanje rezilijentnosti, samoefikasnosti i podsticanje češće primene funkcionalnijih strategija prevladavanja u odnosu na fazu i tok lečenja, takođe je značajno kako bi i stres povezan sa sterilitetom bio niži. Posmatranje steriliteta kao biopsihosocijalnog fenomena i uzimanje u obzir stresa, kao značajnog aspekta procene i tretmana steriliteta, može poboljšati ne samo subjektivni doživljaj i psihološko funkcionisanje osobe, već i ishod lečenja steriliteta.

Kvalitet života u kontekstu steriliteta

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da ispitanice sa sterilitetom imaju viši kvalitet života u poređenju sa nalazima drugih autora i u poređenju sa kontrolnom grupom ispitanica. Ipak, važno je uzeti u obzir i prethodno navedene rezultate ovog rada. Niži kvalitet života ispoljavaju pacijentkinje kod kojih su manje izraženi rezilijentnost i samoefikasnost, i koje doživljavaju viši nivo stresa i učestalije primenjuju izbegavajuće strategije prevladavanja. Imajući u vidu ove nalaze, značajno je uzeti u obzir uticaj problema sa sterilitetom na kvalitet života para i pojedinca. Sterilitet se može manifestovati kao hronično fizičko oboljenje, koje uključuje fizičke, mentalne, emocionalne i socijalne aspekte povezane sa problemom ili njegovim specifičnim tretmanskim pristupima (Kainz, 2001; Colwell i sar., 1998). Stoga, praktične implikacije odnose se na procenu i unapređenje kvaliteta života u segmentima u kojima je narušen, kao značajne aspekte tretmana steriliteta. Izloženost stresorima povezanim sa sterilitetom i njihovo neadekvatno prevladavanje negativno utiču na kvalitet života i subjektivno zadovoljstvo u različitim sferama. Iako na kvalitet života utiču i same karakteristike tretmana, psihološko savetovanje može biti jako značajno kada je reč o kvalitetu života u individualnom, bračnom i socijalnom aspektu funkcionisanja. Značajno je pomoći ženama koje imaju problem sa sterilitetom da jačaju rezilijentnosti i samoefikasnost u kontekstu steriliteta – da

nastave svoju svakodnevnu rutinu koliko je to moguće, da se nose sa okidačima (npr. trudnice, dečiji rođendani), da oraspolože sebe kada je to potrebno, da upravljaju svojim emocijama, da razluče na šta mogu i treba da utiču, ali i da prihvate ono što je izvan njihove kontrole. Navedeno može biti povezano sa višim kvalitetom života.

Smernice za buduća istraživanja

Sprovedenim istraživanjem dobijene su metodološke i teorijske smernice za dalja ispitivanja psiholoških aspekata steriliteta u našoj zemlji. Dobijeni nalazi predstavljaju značajne osnove za dalji razvoj psihološkog pristupa problemu steriliteta, koji je kod nas zanemaren. Značaj sagledavanja problema iz psihološkog ugla, važan je i za razvijanje istraživanja u oblasti zdravstvene psihologije reproduktivnog zdravlja generalno. Na osnovu nalaza ovog rada, možemo izdvojiti smernice za dalja istraživanja u ovoj oblasti.

Najpre, preporuka za buduća istraživanja koja se bave psihološkim aspektima steriliteta jeste uključivanje reprezentativnog uzorka, koji bi obuhvatao žene koje imaju problem sa sterilitetom iz cele Srbije. Imajući u vidu da problem pogađa par, potrebno je u dalja istraživanja uključiti i muškarce, kako bi se dobile informacije o doživljaju i prevladavanju steriliteta muškaraca, ali i para u celini. Dalje, specifični upitnici, koji procenjuju samoeфикаsnost, mehanizme prevladavanja, stres i kvalitet života u kontekstu steriliteta, prvi put su primenjeni u Srbiji, te je preporuka za dalja ispitivanja njihova standardizacija. Iako su u istraživanju korišćene različite statističke metode, u narednim istraživanjima metodološki i statistički aspekti mogu biti unapređeni uvođenjem merenja i bioloških markera stresa i drugih psihosocijalnih reakcija, kao i ispitivanjem njihove povezanosti sa markerima plodnosti. U buduća istraživanja važno je uključiti i druge psihosocijalne varijable značajne za problem steriliteta, kao što su anksioznost, depresija, kognitivni faktori. Zatim, preporuka je da se sprovedu i longitudinalna istraživanja u određenim vremenskim razmacima na istom uzorku. Na taj način mogli bi adekvatnije da se izdvoje protektivni i faktori rizika, ali i da se proceni ефикаsnost određenih intervencija. Korisno bi bilo sprovesti i eksperimentalna istraživanja, kako bi se pratili efekti psihološkog savetovanja, edukacije, radionica, jer bi dobijeni nalazi imali još značajnije i relevantnije praktične implikacije.

V ZAKLJUČCI

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 500 ispitanica koje su činile dve grupe: žene koje imaju problem sa sterilitetom - klinička grupa (N=250) i trudnice i majke koje nisu imale problem sa sterilitetom - kontrolna grupa (N=250). Na celokupnom uzorku primenjeni su opšti upitnici koji procenjuju rezilijentnost, opštu samoefikasnost, opšte mehanizme prevladavanja, generalni stres i generalni kvalitet života. Dodatno, na kliničkom delu uzorka primenjeni su i specifični upitnici koji procenjuju samoefikasnost, mehanizme prevladavanja, stres i kvalitet života u kontekstu problema steriliteta.

Na osnovu sprovednog istraživanja, odnosno primene različitih statističkih metoda kako bi se odgovorilo na predmet i ciljeve doktorske disertacije, izdvajaju se sledeći zaključci:

1. Žene koje imaju problem sa sterilitetom u našem istraživanju, u poređenju sa normama autora upitnika za klinički uzorak, ispoljavaju sledeće: značajno niži nivo rezilijentnosti; viši nivo samoefikasnosti u kontekstu steriliteta; učestalije primenjuju mehanizme prevladavanja - socijalno povlačenje, samozanemarivanje, prihvatanje, pozitivnu reinterpretaciju, kompenzaciju, ulaganje u sebe, traženje socijalne podrške, planiranje i informisanje, dok manje učestalo koriste samookrivljavanje i traženje podrške partnera; doživljavaju opšti stres u kontekstu steriliteta u skladu sa očekivanim normama za kliničku populaciju, a kada je reč o različitim domenima ispoljavaju viši nivo stresa u *partnerskom odnosu i odbijanju života bez dece*, a niži nivo u *socijalnom aspektu i potrebi za roditeljstvom*; imaju *kvalitet života u domenu tretmana* u skladu sa očekivanim, dok je *jezgrovni kvalitet života* značajno viši.
2. Žene koje imaju problem sa sterilitetom, u odnosu na kontrolnu grupu ispitanica, doživljavaju značajno niži nivo rezilijentnosti, viši kvalitet života i manje učestalo primenjuju opšte aktivne strategije prevladavanja (aktivno suočavanje, pozitivna reinterpretacija, prihvatanje, planiranje). Kada je reč o opštoj samoefikasnosti, generalnom stresu i opštim izbegavajućim strategijama prevladavanja (bihevioralno

povlačenje, upotreba supstanci, samookrivljanje, poricanje), nije utvrđena značajna razlika između kliničke i kontrolne grupe ispitanica.

3. Na kliničkom delu uzorka, ispitanice koje su starije ispoljavaju nižu rezilijentnost i generalnu samoefikasnost, doživljavaju niži generalni stres, ali i niži kvalitet života i učestalije primenjuju opšte aktivne strategije prevladavanja. Među ženama koje imaju problem sa sterilitetom, izbegavajuće strategije prevladavanja najučestalije primenjuju one sa ukupnim primanjima ispod 50.000, a najmanje učestalo one sa primanjima preko 100.000 dinara. U kontrolnom delu uzorka ispitanice koje su starije, zaposlene i duže u partnerskoj vezi ispoljavaju višu rezilijentnost i nižu generalnu samoefikasnost. One sa najmanjim mesečnim primanjima (ispod 50.000 dinara) ispoljavaju najviše nivoe generalnog stresa.

Primenom specifičnih upitnika u kliničkoj grupi, utvrđeno je da ispitanice koje su mlađe i kod kojih je prisutna veća želja za roditeljstvom ispoljavaju viši nivo rezilijentnosti, ali i viši generalni stres i stres u kontekstu steriliteta. Manja ukupna mesečna primanja povezana su sa učestalijom primenom specifičnih izbegavajućih strategija, manje učestalom brigom o sebi kao strategijom prevladavanja, višim nivoom stresa u kontekstu steriliteta, posebno kada je reč o aspektima - neprihvatanje života bez dece, partnerski i seksualni odnos.

4. U kontrolnom i kliničkom uzorku više izražena rezilijentnost i opšta samoefikasnost povezani su sa višim generalnim kvalitetom života i nižim nivoom generalnog stresa. Kod obe grupe ispitanica viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim nivoom opšte samoefikasnosti, dok je viši nivo generalnog stresa povezan sa nižim generalnim kvalitetom života.

Primenom specifičnih upitnika na kliničkom delu uzorka utvrđeno je da su viši nivoi rezilijentnosti i samoefikasnosti u kontekstu steriliteta povezani sa nižim nivoom stresa u kontekstu steriliteta, a višim kvalitetom života u kontekstu steriliteta. Rezilijentnost korelira pozitivno sa samoefikasnošću u kontekstu steriliteta, a između stresa i kvaliteta života u kontekstu steriliteta utvrđena je značajna negativna korelacija.

5. Kod obe grupe ispitanica viši nivoi rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti povezani su sa učestalijom primenom opštih aktivnih strategija prevladavanja, dok su u kontrolnoj grupi viši nivoi rezilijentnosti i opšte samoefikasnosti povezani i sa manje učestalom primenom opštih izbegavajućih mehanizama prevladavanja.

Primenom specifičnih upitnika na kliničkom uzorku viši nivo rezilijentnosti povezan je sa učestalijom primenom usmerenosti na problem (planiranje i informisanje i traženje socijalne podrške) i brige o sebi (ulaganje u sebe i kompenzacija), dok je viši nivo samoefikasnosti u kontekstu steriliteta povezan sa učestalijom primenom brige o sebi i manje učestalom primenom specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (socijalno povlačenje, poricanje, samookrivljavanje i samozanemarivanje).

6. Kod obe grupe ispitanica učestalija primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa nižim nivoom generalnog stresa, dok je učestalija primena opštih izbegavajućih strategija prevladavanja povezana sa višim nivoom stresa. U kliničkoj grupi učestalija primena opštih aktivnih strategija prevladavanja povezana je sa višim generalnim kvalitetom života, a u kontrolnoj grupi učestalija primena opštih izbegavajućih strategija prevladavanja povezana je sa nižim kvalitetom života.

Primenom specifičnih upitnika kod žena koje imaju problem sa sterilitetom učestalija upotreba specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja povezana je sa višim stresom i nižim kvalitetom života u kontekstu steriliteta, dok je i učestalija primena usmerenosti na problem, kao strategije prevladavanja, povezana sa višim nivoom specifičnog stresa.

7. Na kliničkom uzorku uvrđeno je da se na osnovu izraženosti stresa u kontekstu steriliteta može objasniti 19% varijanse generalnog stresa. Pacijentkinje koje doživljavaju viši nivo stresa u kontekstu problema sa sterilitetom (*Problemi sa plodnošću*), ispoljiće i viši generalni nivo stresa (*Skala doživljenog stresa*). Kada je reč o subskalama upitnika *Problemi sa plodnošću*, kao značajni prediktori generalnog stresa izdvajaju se subskale - *stres u socijalnom aspektu* i *potreba za roditeljstvom*. Zatim, pacijentkinje koje ispoljavaju viši kvalitet života u kontekstu steriliteta (*Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću*) ispoljiće i viši generalni kvalitet života

(*Skala kvaliteta života*). Na osnovu kvaliteta života u kontekstu steriliteta može se objasniti 14,1% varijanse generalnog kvaliteta života. Značajni prediktori generalnog kvaliteta života su obe subskale *Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću* - jezgrovni kvalitet života i kvalitet života u domenu tretmana.

8. U odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa, ne postoji medijacija opštih aktivnih strategija prevladavanja, ni na kliničkom ni na kontrolnom uzorku. Kada je reč o medijaciji opštih izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa, na kontrolnom uzorku postoji potpuna medijacija – viši nivo rezilijentnosti povezan je sa nižim generalnim stresom preko manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Zatim, u odnosu između opšte samoefikasnosti i generalnog stresa, na kliničkom uzorku postoji parcijalna medijacija opštih aktivnih strategija prevladavanja, a na kontrolnom uzorku parcijalna medijacija opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Viši nivo samoefikasnosti povezan je sa nižim generalnim stresom direktno i indirektno - preko učestalije primene opštih aktivnih strategija prevladavanja kod pacijentkinja sa problemom steriliteta i manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja na kontrolnom uzorku. Primenom specifičnih upitnika na kliničkom uzorku, u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta utvrđena je potpuna medijacija specifičnih mehanizama prevladavanja - viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim stresom u kontekstu steriliteta preko češće primene usmerenosti na problem i sa nižim stresom u kontekstu steriliteta preko češće primene brige o sebi i manje učestale primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja. U odnosu između specifične samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta, postoji parcijalna medijacija brige o sebi i specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja - viši osećaj specifične samoefikasnosti utiče na niži nivo stresa u kontekstu steriliteta direktno i indirektno preko učestalije brige o sebi i manje učestale upotrebe specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.
9. U odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života, i opšte samoefikasnosti i generalnog kvaliteta života na kliničkom uzorku, ne postoji medijacija ni opštih aktivnih ni opštih izbegavajućih strategija prevladavanja. Na kontrolnom uzorku kao

medijatori izdavaju se opšte izbegavajuće strategije prevladavanja: viši nivo rezilijentnosti povezan je sa višim generalnim kvalitetom života preko manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (potpuna medijacija), a viši nivo opšte samoefikasnosti povezan je sa višim generalnim kvalitetom života direktno i indirektno preko manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (parcijalna medijacija).

Primenom specifičnih upitnika na kliničkom uzorku utvrđeno je da postoji parcijalna medijacija specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta i specifične samoefikasnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Viši nivoi rezilijentnosti i specifične samoefikasnosti povezani su sa višim kvalitetom života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno preko manje učestale upotrebe specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

10. Na osnovu rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti i opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja može se objasniti 25,7% varijanse generalnog stresa u kliničkoj, a 20,1% varijanse stresa u kontrolnoj grupi. Kao najznačajniji prediktor generalnog stresa u kliničkoj grupi izdvaja se rezilijentnost, a u kontrolnoj opšte izbegavajuće strategije prevladavanja. Na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa, dok na kontrolnom uzorku viši nivo rezilijentnosti utiče na niži generalni stres preko: višeg nivoa samoefikasnosti; i višeg nivoa samoefikasnosti i manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (potpuna medijacija).

Specifično, na kliničkom uzorku na osnovu rezilijentnosti, samoefikasnosti u kontekstu steriliteta, specifičnih strategija prevladavanja (usmerenost na problem, briga o sebi i specifične izbegavajuće strategije) može se objasniti 39% varijanse stresa u kontekstu steriliteta. Najznačajniji prediktor je usmerenost na problem kao strategija prevladavanja. Rezilijentnost prestaje da bude značajan prediktor uvođenjem specifične samoefikasnosti i mehanizama prevladavanja, što ukazuje na potpunu medijaciju, koja

je i potvrđena primenom strukturalnih jednačina. Viši nivo rezilijentnosti utiče na niži stres u kontekstu steriliteta preko: manje učestale primene usmerenosti na problem; češće primene brige o sebi; višeg nivoa samoefikasnosti u kontekstu steriliteta; višeg nivoa samoefikasnosti u kontekstu steriliteta i manje učestale primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja.

11. Na osnovu rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja može se objasniti 12,4% varijanse generalnog kvaliteta života u kontrolnoj i 17% varijanse u kliničkoj grupi. Najznačajniji prediktor generalnog kvaliteta života u kontrolnoj grupi je opšta samoefikasnost, a u kliničkoj grupi rezilijentnost. Na kliničkom uzorku ne postoji medijacija opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih strategija prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života, dok na kontrolnom uzorku viši nivo rezilijentnosti utiče na viši generalni kvalitet života preko: višeg nivoa samoefikasnosti; i višeg nivoa samoefikasnosti i manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (potpuna medijacija).

Specifično, prediktorske varijable (rezilijentnost, samoefikasnost u kontekstu steriliteta, usmerenost na problem, briga o sebi, specifične izbegavajuće strategije prevladavanja) objašnjavaju 28,4% varijanse kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Najznačajniji prediktor su specifične izbegavajuće strategije prevladavanja. Viši nivo rezilijentnosti utiče na viši kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno i indirektno preko: višeg nivoa specifične samoefikasnosti; i višeg nivoa specifične samoefikasnosti i manje učestale primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja (parcijalna medijacija).

12. Na osnovu rezilijentnosti, opšte samoefikasnosti, opštih aktivnih i izbegavajućih mehanizama prevladavanja i generalnog stresa, može se objasniti 23,5% varijanse generalnog kvaliteta života na kontrolnom i 19,4% varijanse na kliničkom uzorku. Najznačajniji prediktor generalnog kvaliteta života u kontrolnoj grupi je generalni stres, a u kliničkoj rezilijentnost. Na kliničkom uzorku viši nivo rezilijentnosti utiče na viši generalni kvalitet života preko manjeg nivoa generalnog stresa (potpuna medijacija),

dok na kontrolnom uzorku viši nivo rezilijentnosti utiče na viši generalni kvalitet života preko: nižeg nivoa generalnog stresa; višeg doživljaja opšte samoefikasnosti; višeg doživljaja opšte samoefikasnosti, manje učestale primene opštih izbegavajućih strategija prevladavanja (potpuna medijacija).

Specifično, na osnovu rezilijentnosti, specifične samoefikasnosti, usmerenosti na problem, brige o sebi, specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja i stresa u kontekstu steriliteta, može se objasniti 36,8% varijanse kvaliteta života u kontekstu steriliteta. Najznačajniji prediktor je stres u kontekstu steriliteta. Rezilijentnost utiče na viši kvalitet života u kontekstu steriliteta direktno, ali i indirektno preko: višeg nivoa specifične samoefikasnosti; višeg nivoa specifične samoefikasnosti i nižeg stresa u kontekstu steriliteta; češće primene brige o sebi i nižeg stresa u kontekstu steriliteta; višeg nivoa specifične samoefikasnosti, manje učestale primene specifičnih izbegavajućih strategija prevladavanja i nižeg stresa u kontekstu steriliteta.

Literatura

1. Aarts, J.W.M., van Empel, I.W.H., Boivin, J., Nelen, W.L., Kremer, J.A.M., & Verhaak, C.M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQol. *Human Reproduction*, 26(5), 1112–1118.
2. Abbey, A., Halman, L.J., & Andrews, F.M. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, 57(1), 122-128.
3. Abbey, A., & Halman, L. J. (1995). The role of perceived control, attributions, and meaning in members' of infertile couples well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(3), 271-296.
4. Abedinia, N., Ramezanzadeh, F. & Noorbala, A. (2009). Effects of a psychological intervention on Quality of life in infertile couples. *Journal of Family and Reproductive Health*, 3(2), 87-93.
5. AL-Yazori, M. T. (2012). Relationship between infertility related stress and type of coping among infertile males and females – Gaza strip (Master Dissertation). Preuzeto sa <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=574703f0b0366d2988213ecd&assetKey=AS%3A365996842995727%401464271855959>
6. Aldwin, C.M. & Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337–338.
7. 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.
8. Aliyeh, G. & Laya, F. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Medicine and Science Monitor*, 3, 313–317.

9. Amani-Vamarzani, S., Dusti, Y.A., & Hassanzadeh R. (2013). Psychological disorders among women with Primary Infertility and fertile women. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 4 (3), 720-723.
10. American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology (2012). *Assisted Reproductive Technology National Summary Report*. Atlanta (GA): US Dept of Health and Human Services.
11. 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*, 32(3), 238-253.
12. Applegarth, L. (2006). Embryo Donation: Counseling Donors and Recipients. In Covington. S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 356-369). New York: Cambridge University Press.
13. Ashkani, H., Akbari, A., & Heydari, S.T. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60, 399-406.
14. Awtani, M., Mathur, K., Shah, S. & Banke, M. (2017). Infertility Stress in Couples Undergoing Intrauterine Insemination and *In Vitro* Fertilization Treatments. *Human Reproduction*, 10(3), 221–225.
15. Bakhshayesh, AR., Kazeraninejad, M., Mongabadi, M.D., Raghebian, M. (2012). A comparison of general health and coping strategies in fertile and infertile women in Yazd. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(6), 601-606.
16. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
17. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press.
18. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman and Company.
19. Bayley, T.M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24, 2827–2837.

20. Becker, G. (2000). *The elusive embryo: How women and men approach new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
21. Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the Self-Regulation of a Health Threat: Cognitions, Coping, and Emotions Among Women Undergoing Treatment for Infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 577–592.
22. Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83(2), 275-283.
23. 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.
24. Benyamini, Y., Gozlan, M. & Kokia, E. (2009). Women's and men's perception of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1–16.
25. Berg, B.J., Wilson, J.F., & Weingartner, P. J. (1991). Psychosocial sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine*, 33, 1071-1080.
26. Berghuis, J. & Stanton, A. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433-438.
27. Besharat, M.A. (2007). Resilience, vulnerability and psychological wellbeing. *Psychological science*, 6(24), 373-383.
28. Boivin, J., Baetens, P., Bitzer, J. & Daniels, K. (2001). Guidelines for counselling in infertility: Outline version. *Human Reproduction*, 16(6), 1301-1304.
29. Boivin, J., & Kentenich, H. (2002). *Guidelines for counselling in infertility*. ESHRE Monographs: Oxford University Press.
30. Boivin, J. & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome one year later. *Fertility and Sterility*, 83, 1745–1752.
31. Boivin, J., Scanlan, L.C., & Walker, S.M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14 (5), 1384–1391.

32. Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. & Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512.
33. Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 26(8), 2084–2091.
34. Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
35. Brand, H. J. (1989). The influence of sex differences on the acceptance of infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7: 129-131.
36. Brandes, M., van der Steen, J.O., Bokdam, S.B., Hamilton, C.J., de Bruin, J.P., Nelen, W.L. & Kremer, J.A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24, 3127-3135.
37. Brothers, S. C. & Maddux, J. E. (2003). The goal of biological parenthood and emotional distress from infertility: Linking parenthood to happiness. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(2), 248–262.
38. Burckhardt, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A., Ziebarth, D.M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.
39. Hammer Burns, L. & Covington, S. (2006). Psychology of Infertility. In Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 1-19). New York: Cambridge University Press.
40. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
41. Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D., & Passos, E. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101–110.

42. Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195–216.
43. Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai, C.F. & Juang, K.D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19, 2313–2318.
44. Chen, M.F. (2015). Self-efficacy or collective efficacy within the cognitive theory of stress model: Which more effectively explains people's self-reported proenvironmental behavior? *Journal of Environmental Psychology*, 42, 66-75.
45. Chi, H.J., Park, H.I., Sun, H.G., Kim, J.W., & Lee, K.H. (2016). Psychological distress and fertility quality of life (FertiQoL) in infertile Korean women: The first validation study of Korean FertiQoL. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 43(3), 174-180.
46. Chun, K., Balls Organista, P. & Marin, G. (2003). *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
47. Chung, T.K.H., Lau, T.K., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., & Lee, D.T.S. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834.
48. Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
49. Colwell, H.H., Mathias, S.D., Pasta, D.J., Henning, J.M. & Steege, J.F. (1998). A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 179(1), 47-55.
50. Connolly, K.J., Edelmann, R. & Cooke, I.D. (1987). Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5(1), 49-57.
51. Connor, M.K., & Davidson, R.T.J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18, 76-82.

52. Cousineau, T., Green, T., Corsini, E., Barnard, T., Seibring, A., & Domar, A. (2006). Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 85(6), 1684-1696.
53. Daly, K.J. (1999). Crisis of genealogy: Facing the challenges of infertility. In: McCubbin, H.I., Thompson, E.A. et al., (Eds.), *Resiliency in Families* (pp. 1-39). Sage Publications, Inc.
54. Daniluk, J.C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79, 439–449.
55. Datta, B. & Okonofua, F. (2002). What about us? Bringing infertility into reproductive care. *Quality/Calidad/Qualite*, 13, 1–31.
56. Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479–495.
57. de Liz, T. M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20, 1324–1332.
58. Delle Piane, L., Revelli, A., Kasyap, S., Rosen, M., & Rinaudo, P. (2011). Complications of Infertility Treatment. In Seli, E. (Ed.), *Infertility* (pp.146-154). Chichester, West Sussex: A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
59. Demyttenaere, K., Nijs, P., Steeno, O., Koninckx, P.R. & Everse-Kiebooms, G. (1988). Anxiety and conception rates in donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 8(3), 175-181.
60. Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-KJebooms, G., & Koninckx, P. R. (1991). Coping, ineffectiveness of coping and the psycho-endocrinological stress responses during in-vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(2/3), 231-243.
61. Dhillon, R., Cumming, C. & Cumming, D. (2000). Psychological wellbeing and coping patterns in infertile men. *Fertility & Sterility*, 74(4), 702–706.
62. Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355–391.

63. Dillu, R., Sheoran, P. & Sarin, J. (2013). An Exploratory Study to Assess the Quality of Life of Infertile Couples at Selected Infertility Clinics in Haryana. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2(3), 45-51.
64. Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A., & Khosravi, A. (2013). Epidemiology of Female Infertility; A Review of Literature. *Biosciences biotechnology research Asia*, 10(2), 559-567.
65. Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M.M. & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1163.
66. Domar, A.D. & Dreher, H. (1996). *Healing mind, healthy woman: Using the mind/body connection to manage stress and take control of your life*. New York: Henry Colt.
67. Domar, A & Seible, S. (1997). Emotional Aspects of Infertility. In M. Seibel (Ed.). *Infertility: A Comprehensive Text*. (pp. 29–44). East Norwalk, CT: Appleton & Lange.
68. Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The Impact of Group Psychological Interventions on Distress in Infertile Women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.
69. Domar, A. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81, 271–273.
70. Donkor, E.S. & Sandall, J. (2009). Coping Strategies of Women Seeking Infertility Treatment in Southern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 13(4), 81-94.
71. Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13, 271-281.
72. Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 11–20.
73. Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J., et al. (2005). Psychological distress among women suffering from infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20(7), 1938–1943.

74. Edelman, R.J., Connolly, K.J. & Cooke, I.D. (1988). Infertility: the patient's first approach to the medical profession. *Practitioner*, 232, 202-206.
75. Edelman, R.J., Connolly, K.J. & Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (4), 355–364.
76. Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S., & Afshar, Z. (2013). The Effect of The Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy on Infertility Stress: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Fertility and Sterility*, 7(3), 199-206.
77. 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, 943-949.
78. Fardiazar, Z., Amanati, L., & Azami, S. (2012). Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *International Journal of General Medicine*, 5, 591–596.
79. Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 294-300.
80. Fife, B.L., Scott, L.L., Fineberg, N.S. & Zwickl, B.E. (2008). Promoting adaptive coping by persons with HIV disease: evaluation of a patient/partner intervention model. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19, 75–84.
81. Finamore, P. S., Seifer, D. B., Ananth, C. V., & Leiblum, S. R. (2007). Social concerns of women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88(4), 817-822.
82. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23.
83. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
84. Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, 55, 745-574.

85. Freeman, E.W., Boxer, A.S., Rickels, K., Tureck, R. & Mastroianni, Jr. L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 43, 48–53.
86. Freeman, E.W., Rickels, K. & Tausig, J. (1987). Emotional and psychosocial factors in follow-up of women after IVF-ET treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 66:517–525.
87. Fu, B., Yan, P., Yin, H., Zhu, S., Liu, Q., Liu, Y., Dai, C., Tang, G., Yan, C., Le, J. (2016). Psychometric properties of the Chinese version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 259-267.
88. Gaab, J., Rohleder, N., Nater, U. M., & Ehlert, U. (2005). Psychological determinants of the cortisol stress response: The role of anticipatory cognitive appraisal. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), 599–610.
89. Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Measuring Self-Efficacy to Deal With Infertility: Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 36, 65–74.
90. Gallinelli, A., Roncaglia, R., Matteo, M.L., Ciaccio, I., Volpe, A. & Facchinetti F. (2001). Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 76, 85–91.
91. Gervai, J., Nemoda, Z., Lakatos, K., Ronai, Z., Toth, I., Ney, K. I sar. (2005). Transmission disequilibrium tests confirm the link between DRD4 gene polymorphism and infant attachment. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 132B, 126–130.
92. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
93. Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. & Vaslamatzis, G. (2010). Psychosocial predictors of infertility related stress: a review. *Current women's health reports*, 6, 318–332.

94. 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, 670– 679.
95. Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
96. Greil, A.L., Leitko, T.A. & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society*, 2, 172-199.
97. Greil, A., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32, 140–162.
98. Guz, H., Ozkan, A., Sarisoy, G., Yanik, F., & Yanik, A. (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 267-271.
99. Haemmerli, K., Znoj, H., Burri, S., Graf, P., Wunder, D., & Perrig-Chiello, P. (2008). Psychological interventions for infertile patients: A review of existing research and a new comprehensive approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4), 246-252.
100. Haica, C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-Acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 506 – 510.
101. Hajiyan, T., Afshari, P., Abedi, M.R. & Hashemi, E. (2016). Investigating Infertility-Related Stress and Adoption in Iranian Infertile Females with Assisted Reproductive Technology Failure. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care* (in press):e39632.
102. Hammarberg, K., Astbury, J. & Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16, 374–383.
103. Hämmerli, K., Znoj, H. & Berger, T. (2010). What are the Issues Confronting Infertile Women? A Qualitative and Quantitative Approach. *The Qualitative Report*, 15(4), 766-782.
104. Hammer Burns, L. & Covington, S. (2006). Psychology of Infertility. In Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 1-19). New York: Cambridge University Press.

- 105.Hart, V. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 31–41.
- 106.Hassanin, I., Abd-El-Raheem, T., & Shahin, A. (2010). Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 110, 118–121.
- 107.Hennelly, B., Harrison, R.F., Kelly, J., Jacob, S. & Barrett, T. (2000). Spontaneous conception after a successful attempt at in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 73(4), 774–778.
- 108.Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111–1117.
- 109.Higgins, B. S. (1990). Couple infertility: From the perspective of the close-relationship model. *Family Relations*, 39, 81–86.
- 110.Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2006). First IVF treatment: short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21, 3295- 3302.
- 111.Hsu, Y.L. & Kuo, B.J. (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 291.
- 112.Inhorn, M.C. & Van Balen, F. (2002). *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. San Francisco and Berkeley, CA: University of California Press.
- 113.Ismail, N.I.A.A. & Moussa, A.A.A. (2017). *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), 31-45.
- 114.Jacobs, N. & O'Donohue, W. (2007). *Coping with infertility*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- 115.Jafarzadeh, F., Golzari, M., Jomehri, F., Poursamar, S.L., & Sahraian, K. (2015). The Comparison of Coping Strategies With Stress and Marital Satisfaction in Women on the Basis of Infertility Factor. *Women's Health Bulletin*, 2(2): e25227.

116. Jamison, P.H., Franzini, L.R. & Kaplan, R.M. (1979). Some assumed characteristics of voluntarily childfree women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 4:267–273.
117. Jebraeili, H., Hashemi, J. & Nazemi, A. (2016). A comparative study of resilience, meta-emotional beliefs, and psychological well-being in fertile and infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5), 259-264.
118. Jordan, C., & Revenson, T. (1999). Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.
119. Joshi, H., Singh, R., & Bindu (2009). Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among Infertile Women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 329-336.
120. Jurado, R.A., Moreno-Rosset, C., Rio, C.J. & Espada, A.A. (2008). Principal psychological disorders associated with infertility. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 167-175.
121. Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 11(6), 481-485.
122. Kagan, L., Psaros, C., Alert, M.D., Styer, A.K., Shifren, J.L. & Park., E.R. (2011). Improving resilience among infertile women: a pilot study. *Fertility and Sterility*, 96(3), S151.
123. Karabulut, A., Ozkan, S., & Oguz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQol) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 193-197.
124. Katz, S. (2008). Integrative perspectives: MINDFUL CARE: An integrative tool to guide holistic treatment in enhancing fertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 207-210.
125. Kazandi, M., Gunday, O., Mermer, T.M., Erturk, N., & Ozkınay, E. (2010). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 9(2), 99-104.
126. Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopaedia of Psychology*. Vol. 17. Oxford University Press, 212-213.

127. Keye, W. (2006). Medical Aspects of Infertility for the Counselor. In Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 20-36). New York: Cambridge University Press.
128. Kim, J.H., & Shin, H.S. (2013). A Structural Model for Quality of Life of Infertile Women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(3), 312-320.
129. Kim, J.H., Park, H.J., Kim, J.H., Chung, S. & Hong, H.J. (2017). Psychometric Properties of the Korean Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Asian Nursing Research*, 11, 159-165.
130. Kissi, Y.E., Romdhane, A.B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K.A., Khairi, H., & Hadj Ali, B.B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 185–189.
131. Klock, S.C. (2006). Psychosocial Evaluation of the Infertile Patient. In Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 83-96). New York: Cambridge University Press.
132. Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L. & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76, 675– 687.
133. Klonoff-Cohen, H., & Natarajan, L. (2004). The Concerns During Assisted Reproduction Technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertility and Sterility*, 4, 982–988.
134. 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.
135. Kraaij, V., Garnefski, N., & Schroevers, M. (2009). Coping, Goal Adjustment and Positive and Negative Affect in Definitive Infertility. *Journal of Health Psychology*, 14(18), 19-26.

136. Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M., Weijmer, J. & Helmerhorst, F. (2010). Cognitive Coping, Goal Adjustment, and Depressive and Anxiety Symptoms in People Undergoing Infertility Treatment. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 876–886.
137. Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89, 677–682.
138. Kovárová, P., Smith, C.A. & Turnbull, D. A. (2010). An exploratory study of the effect of acupuncture on self-efficacy for women seeking fertility support. *Explore*, 6, 330–334.
139. Kuivasaari-Pirinen, P., Koivumaa-Honkanen, H., Hippelainen, M., Raatikainen, K., & Heinonen, S. (2014) Outcome of Assisted Reproductive Technology (ART) and Subsequent Self-Reported Life Satisfaction. *PLoS ONE*, 9(11), e112540.
140. Kumar D. (2007). Prevalence of female infertility and its socio-economic factors in tribal communities of Central India. *Rural Remote Health*, 7(2), 456.
141. Lalos, A., Lalos, O., Jacobson, L. & Von Schoutz, B. (1985). The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 64, 599–604.
142. Lambalk, C., van der Steeg, J.W., & Steures, P. (2011). Diagnosis and Management of Unexplained Infertility. In Seli, E. (Ed.), *Infertility* (pp.83-89). Chichester, West Sussex: A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
143. Lancaster, D. & Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects of biological response to fertility treatment. *Health Psychology*, 24, 171–178.
144. Land, J.A., Courtar, D.A. & Evers, J.L. (1997). Patient dropout in an assisted reproductive technology program: implications for pregnancy rates. *Fertility and Sterility*, 68, 278–281.
145. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
146. Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

147. Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY, US: Springer Publishing Co.
148. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
149. Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment: Current theory and research*. New York: Plenum.
150. Lee, T.Y., Sun, G.H., & Chao, S.C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 1762–1767.
151. Lee, SH., Wang, SC., Kuo, CP., Kuo, PC., Lee, MS., & Lee, MC. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 507–513.
152. Lee-Flynn, S. C., Pomaki, G., DeLongis, A., Biesanz, J. C., & Puterman, E. (2011). Daily cognitive appraisals, daily affect, and long-term depressive symptoms: The role of self-esteem and self-concept clarity in the stress process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 255–268.
153. Leon, I.G. (1990). *When a Baby Dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss*. New Haven: Yale University Press.
154. Lepore, S., & Evans, G. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 350e377). New York: John Wiley & Sons.
155. Leventhal, E. A., Suls, J., & Leventhal, H. (1993). Hierarchical analysis of coping: Evidence from life-span studies. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 71–99). Seattle, WA: Hogrefe.
156. Li, M-H. (2008). Relationships among stress coping, stress variables, secure attachment and the trait of resilience among Taiwanese college students. *College Student Journal*, 42, 312–325.

- 157.Lieblum, S.R. & Greenfeld, D.A. (1997). The course of infertility: immediate and long term reactions. In: M.M. Seibel (Ed.), *Infertility: a comprehensive text*. Norwalk: Appleton and Lange.
- 158.Lord, S., & Robertson, N. (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(4), 319-332.
- 159.Lukse, M.P. & Vacc, N.A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics & Gynecology*, 93, 245–251.
- 160.Luthar, S.S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857–885.
- 161.Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543–562.
- 162.Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzise, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223–237.
- 163.Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2010). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1971–1980.
- 164.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, 1971–1980.
- 165.Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*; 43, 335-346.
- 166.Mahlstedt, P.P., Macduff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4, 232–236.
- 167.Maillet, M.H. (2002). *Infertility and Marital Adjustment: The Influence of Percpetion of Social Support, Privacy Preference and Level of Depression* (Doctoral dissertation).

https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4033&context=gradschool_dissertations

168. Makanjuola, A., Elegbede, A., & Abiodun, B. (2010). Predictive factors for psychiatric morbidity among women with infertility attending a gynaecology clinic in Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 13, 36-42.
169. Mabasa, L. (2002). The psychological impact of infertility on African women and their families. (Doctoral dissertation). Preuzeto sa http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/974/thesis_mabasa_lf.pdf?sequence=3&isAllowed=y
170. Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J.C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25(2), 245-251.
171. Maroufizadeh, S., Ghaheri, A. & Samani, R.O. (2017). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 145-151.
172. Marsh, M. & Ronner, W. (1996). *The Empty Cradle: Infertility in America from Colonial Times to the Present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
173. McMahon, C.A., Gibson, F.L., Allen, J.L. & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22, 1168–1174.
174. 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.
175. McQuillan, J., Greily, A., White, L., & Jacob, M. (2003). Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women. *Journal of Marriage and Family*, 65, 1007-1018.
176. Merzoug, K., Gerhard, I. & Runnebaum, B. (1990). Incidence and prerequisites for therapy-independent pregnancy in sterile patients. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 50(3), 177–188.

177. 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, 231–240.
178. Miles, L., Keitel, M., Jackson, M., Harris, A., & Licciardi, F. (2009). Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 238–257.
179. Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
180. Morrow, K., Thoreson, R., & Penney, L. (1995). Predictors of Psychological Distress Among Infertility Clinic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(1), 163-167.
181. Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolae, A., & Jamali, S. (2012). Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(5), 483-488.
182. Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Almeida Santos, T., & Canavarro, M.C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: A comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 299-319.
183. Mousavi, S., Karimi, S., Kokabi, R., & Piryaee, S. (2013). Mediating role of resilience and problem-oriented coping strategy in the relationship between of social support and psychological distress in infertile women. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 3 (20), 2660-2667.
184. Naab, F., Brown, R., & Heidrich, S. (2013). Psychosocial Health of Infertile Ghanaian Women and Their Infertility Beliefs. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, 2, 132–140.
185. Nakamura, K., Sheps, S., Arck, P. C. (2008). Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *Journal of Assisted Preconception and Genetics* 25(2-3), 47-62.

- 186.Nasseri, M. (2000). Cultural similarities in psychological reactions to infertility. *Psychological Reports*, 86, 375-379.
- 187.NCC WHC (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health). (2004) Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. London: Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. Preuzeto sa: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Fertility_full.pdf
- 188.NCC WHC (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health). (2013) Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. London: Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. Preuzeto sa: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/evidence/full-guideline-pdf-188539453>.
- 189.Nelson, A.R. (2010). Infertility-Related Stress and Perceived Social Support as Predictors of Infertility Self-Efficacy among Women in Treatment for Infertility. Preuzeto sa <http://hdl.handle.net/1860/3495>.
- 190.Nezlek, J.B., Vansteelandt, K., Van Mechelen, I., & Kuppens, P. (2008). Appraisal-emotion relationships in daily life. *Emotion*, 8(1), 145–150.
- 191.Newton, C.R. & Houle, M. (1993). Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*, 4, 545–548.
- 192.Newton, C.R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- 193.Nicols, W. & Pace-Nicols, M. (2000). Childless married couple. In Nicols, W.C., Pace Nicols, M.A, Becvar, D.S. & Napier, A.Y. (Eds.), *Handbook of family development and intervention* (pp. 171-188). New York, John Wiley and Sons Inc.
- 194.Nilforooshan, P., Ahmadi, S. A., Abedi, M. R., & Ahmadi, S. M. (2006). Attitude towards infertility and its relation to depression and anxiety in infertile couples. *Medical Journal of Reproduction & Infertility*, 6(5), 546-552.
- 195.Noorbala, A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., Yazdi, S.A., & Jafarabadi, M. (2007). Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. *Journal of Family and Reproductive Health Summer*, 1(1),6-11.

196. Noorbala, A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. (2009). Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 587–591.
197. Olivius, C., Friden, B., Lundin, K., & Bergh, C. (2002). Cumulative probability of live birth after three in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles. *Fertility and Sterility*, 77, 505–510.
198. Olivius, C., Friden, B., Borg, G. & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81, 258–261.
199. Olsen, J. (1990). Subfecundity according to the age of the mother and father. *Danish medical bulletin*, 37, 281–282.
200. Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G. & Devroey, P. (2008). Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Human Reproduction Update*, 14(6), 605–621.
201. Omu, F., & Omu, A. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, 9(5).
202. Onat, K., & Beji, N.K. (2012). Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility. *Sexuality and Disability*, 30, 39–52.
203. Parr, K. (2008). Crisis, Grief and Coping with Infertility. (Master dissertation). Preuzeto sa https://research.wsulibs.wsu.edu/xmlui/bitstream/handle/2376/3613/K_Parr_010751300.pdf?sequence=1.
204. Pedro, A. & Andipatin, M. (2014). A Qualitative Exploration of South African Women's Psychological and Emotional Experiences of Infertility. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4, 327-337.
205. Peters, K., Jackson, D., & Rudge, T. (2011). Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemporary Nurse*, 40(1): 130–140.
206. Peterson, B., Newton, C., Rosen, K., Schulman, R. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations*, 55, 227–239.

207. Peterson, B. D., Gold, L., & Feingold, T. (2007). The experience and influence of infertility: Considerations for mental health counselors. *The Family Journal*, 15, 251–257.
208. Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24, 1656-1664.
209. Pinborg, A., Hougaard, C.O., Nyboe Andersen, A., Molbo, D. & Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24(4), 991–999.
210. Pirani, Z., Abbasi, M., Dargahi, Sh., Dargahi, A., Kamran, A. & Savadpour, M.A. (2014). Comparative Study of Psychological Well-being, Meta-emotion, and Resiliency in Fertile and Infertile Women. *Archives of Hygiene Sciences*, 3(3), 132-139.
211. Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Schnapper, U., Speiger, K., Krause, W., & Florin, I. (1999). Kognitionen bei Infertilität: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens (KINT) [Cognitions in infertility: development and validation of a questionnaire (KINT)]. *Diagnostica*, 45, 104–113.
212. Pottinger, A.M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D., & Walters, Y. (2006). Gender Differences in Coping with Infertility among Couples Undergoing Counselling for *In Vitro* Fertilization Treatment. *West Indian Medical Journal*, 55(4), 237-242.
213. Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M.P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliari, I. & Nicolosi, A.E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human reproduction*, 20(5), 1286-1291.
214. Rajkhowa, M., McConnell, A. & Thomas, G.E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction*, 21, 358–363.
215. Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4:9.

216. Ramya, S. (2014). Journey from Infertile Frame to Fertile Living. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(1), 144-154.
217. Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedina, N. & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8:186.
218. 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), 101-108.
219. 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, 295-304.
220. Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
221. Ridenour, A., Yorgason, J., & Peterson, B. (2009). The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, 31, 34–51.
222. Rodriguez, B., Bermudez, L., Poncede Leon, E., Castro, L. The relationship between infertility and anxiety: some preliminary findings. Presented at the third world congress of behavior therapy. Washington DC, December 8–11, 1983
223. Romero Ramos, R., Romero Gutierrez, G., Abortes Monroy, I. & Medina Sanchez, H.G. (2008). Risk factors associated to female infertility. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(12), 717-721.
224. Rosenblatt, P.C., Peterson, J., Portner, M. & Cleveland, A. (1973). A cross-cultural study of responses to childlessness, *Behaviour science notes*, 8: 221–231.
225. Rutstein, S.O. & Shah, I.H. (2004). Infecundity, infertility and childlessness in developing countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization and ORC Macro, Calverton, MD, USA; DHS Comparative Reports No. 9. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf>.
226. Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.

- 227.Sadler, A.G. & Syrop, C.H. (1998). The stress of infertility: Recommendations for assessment and intervention. *Family Stress*, 1-17.
- 228.Samani, R.O., Almasi-Hashiani, A., Shokri, F., Maroufizadeh, S., Vesali, S. & Sepidarkish, M. (2017). Validation study of the Fertility Problem Inventory in Iranian infertile patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22, 48–53.
- 229.Sani, M.S. & Tamannaefar, M. (2017). The comparison of quality of life, self-efficacy and resiliency in infertile and fertile women. *World Family Medicine*, 15(8), 111-118.
- 230.Sarrel, P.M. & DeCherney, A.H. (1985). Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertility and Sterility*, 43(6):897-900.
- 231.Schmidt, L. (2006). Infertility and assistedreproduction in Denmark - Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, 53(4), 390-417.
- 232.Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248–3256.
- 233.Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35- 37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- 234.Schwarzer, R. (2001). Stress, Resources, and Proactive Coping. *International Association for Applied Psychology*, 400-407.
- 235.Sewall, G. & Hammer Burns, L. (2006). Involuntary Childlessness. In Covington. S. & Hammer Burns, L. (Eds.), *Infertility Counseling* (pp. 411-427). New York: Cambridge University Press.
- 236.Sexton, M. & Byrd, M. (2015). Disclosure of Fertility-Related Negative Emotions: Supports Utilized and Relationships to Resilience, Psychiatric Symptoms, and Infertility-Specific Distress in Women Seeking Medical Interventions. *Acta Psychopathologica*, 1(3:24), 1-8
- 237.Sexton, M., Byrd, M., O'Donohue, W., & Jacobs, N. (2013). Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 347–358.

- 238.Sexton, M., Byrd, M., & von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 236–241.
- 239.Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- 240.Shahid, S. (2009). Depression in Infertile Couples. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 19(6), 395-396.
- 241.Shields, S. & Cooper, P.E. (1983). Stereotypes of traditional and nontraditional childbearing roles. *Sex Roles*, 9:363–376.
- 242.Shimizu, Y., Kodama, H., Fukuda, J., Murata, M., Kumagai, J. & Tanaka, T. (1999). Spontaneous conception after the birth of infants conceived through in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 71(1)35–39.
- 243.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.
- 244.Smeenck, J.M.J., Verhaak, C.M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D.M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilisation. *Human Reproduction*, 16, 1420–1423.
- 245.Smeenck, J.M.J., Verhaak, C.M., Stolwijk, A.M., Kremer, J.A.M., & Braat, D.D.M. (2004). Reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program. *Fertility and Sterility*, 81, 262– 268.
- 246.Soanes, C. & Stevenson, A. (2006). *Oxford dictionary of English* (2nd edn.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- 247.Sotto, E. & Copperman, A. (2011). Factors Affecting Fertility. In Seli, E. (Ed.), *Infertility* (pp.1-7). Chichester, West Sussex: A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- 248.Spector, A.R. (2004). Psychological issues and interventions with infertile patients. *Women & Therapy*, 27(3–4), 91–105.
- 249.Spencer, L. (1987). Male infertility: Psychological correlates. *Postgraduate Medicine*, 81, 223-228.

250. Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M. & First, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R: History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
251. Stammer, H., Wischmann, T. & Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41(1), 111–122.
252. Stanton, A.L. (1991). Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 87–108). New York: Plenum Press.
253. Stanton, A.L. & Dunkel-Schetter, C. (1991). *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
254. Stanton, A., Tennen, H., Affleck, G. & Mendola, R. (1992). Coping and adjustment to infertility. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 1-13.
255. Stewart, L., Holman, C.D., Semmens, J., Preen, D., Mai, Q., & Hart, R. (2015). Hospital Mental Health Admissions in Women after Unsuccessful Infertility Treatment and In Vitro Fertilization: An Australian Population-Based Cohort Study. *PloS ONE* 10(3), e0120076.
256. Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249–288.
257. Sultan, S. (2009). Psychological aspects of infertility. (Doctoral dissertation). Preuzetosa
258. Sultan, S., & Tahir, A. (2011). Psychological consequences of infertility. *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 229-247.
259. Taymor, M.L. & Bresnick, E. (1979). Emotional stress and infertility. *Infertility*, 2:39–47.
260. Terry, D.J. & Hynes, G.J. (1998). Adjustment to a low control situation: re examining the role of coping responses. *Journal of Person and Social Psychiatry*, 74, 1078-1092.
261. Turner, K., Reynolds-May, M., Zitek, E., Tisdale, R., Carlisle, A., & Westphal, L. (2013). Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. *PloS ONE* 8(5), e63743.

262. Tusaie, K. & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18, 3–8.
263. Tyler, E.M. (1995). *Barren in the Promised Land*. New York: Basic Books.
264. Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 4(2), 80-85.
265. Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6), 1471–1480.
266. Van Moffaert, M. & Finoulst, M. (2001). *Vrouwen, Humeuren En Hormonen [Women, mood and hormones]*. Antwerpen, Belgium: Houtekiet.
267. Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaijmaat, F.W. & Braat, D.D.M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27–36.
268. Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundstrom Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063.
269. Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130–137.
270. Wischman, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility – a critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 83–90.
271. Wischmann, T., Scherg, H., Showitzki, T., & Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*, 24, 378–385.
272. Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T. & Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226-3232.
273. World Health Organization (1991). A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. Geneva: WHO Programme on Maternal and Child Health.

274. World Health Organization (2006). Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring. Geneva: WHO.
275. World Health Organization (2010). World health statistics 2010. Geneva: WHO.
276. World Health Organization (2014). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: WHO.
277. 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, 401–405.
278. Zaia, V., Casu, G., Ulivi, G., do Carmo Fernandes Martins, M., Barbosa, C.P., & Gremigni, P. (2018). Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Research in Nursing & Health*, 1-10.
279. Zuraida, A.S. (2010). Psychological Distress Among Infertile Women: Exploring Biopsychosocial Response To Infertility. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19 (2).
280. Zwick, M.L. (2003). Does Problem-Solving Ability Moderate the Relationship Between Infertility Related Stressors and Psychological Distress in Infertile Women? (Doctoral dissertation). Preuzeto sa <https://idea.library.drexel.edu/islandora/object/idea:269>

Prilozi

Prilog 1

Korelacije subskala Upitnika prevladavanja-kraća verzija (N=500)

		Poz.rei.	Planiranje	Prihvatanje	Bih.povl.	Up.sups.	Samook.	Poricanje
Korelacije	Aktivno suoč.	,340*	,478*	,365*	-,260*	-,108	,018	,015
	Poz.rein.	1,000	,310*	,466*	-,071	-,009	,174*	,012
	Planiranje	,310*	1,000	,293*	-,315*	-,100	,054	-,126*
	Prihvatanje	,466*	,293*	1,000	-,166*	-,057	,112*	-,019
	Bih.povl.	-,071	-,315*	-,166*	1,000	,453*	,287*	,361*
	Up.sups.	-,009	-,100	-,057	,453*	1,000	,199*	,180*
	Samook.	,174*	,054	,112*	,287*	,199*	1,000	,244*

* Korelacije su značajne na nivou 0.007 (0.05/7)

Prilog 2

Korelacije subskala Upitnika prevladavanja neplodnosti (N=250)

		Soc.pov.	Poric.	Samozan.	Soc.podr.	Planinf.	Kompen.	Ulaganje
Korelacije	Samook.	,689*	,641*	,608*	,179*	,118	,121	,082
	Soc.pov.	1,000	,566*	,553*	,098	,081	,186*	,078
	Poric.	,566*	1,000	,545*	,130	,068	,156*	,001
	Samozan.	,553*	,545*	1,000	,155*	,095	,024	,042
	Soc.podr.	,098	,130	,155*	1,000	,693*	,281*	,226*
	Planinf.	,081	,068	,095	,693*	1,000	,310*	,274*
	Kompen.	,186*	,156*	,024	,281*	,310*	1,000	,568*

* Korelacije su značajne na nivou 0.007 (0.05/7)

Prilog 3

Deskriptivna analiza Skale rezilijentnosti, Skale opšte samoefikasnosti, Skale samoefikasnosti kod problema steriliteta, Skale doživljenog stresa, Problema sa plodnošću, Skale kvaliteta života, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću, faktora Upitnika prevladavanja – kraća verzija i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica u zavisnosti od uzroka steriliteta (N=250)

		Uzrok steriliteta	
		M	SD
Skala rezilijentnosti	Ženski faktor	52,27	11,019
	Muški faktor	54,10	10,944
	Neobjašnjen uzrok	54,65	11,214
	Zajednički faktori	52,43	11,385
Skala opšte samoefikasnosti	Ženski faktor	31,55	4,094
	Muški faktor	31,85	4,452
	Neobjašnjen uzrok	32,24	4,517
	Zajednički faktori	32,57	6,399
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	Ženski faktor	102,03	22,803
	Muški faktor	114,95	16,388
	Neobjašnjen uzrok	107,30	22,246
	Zajednički faktori	114,57	19,069
Skala doživljenog stresa	Ženski faktor	25,62	6,156
	Muški faktor	25,60	5,835
	Neobjašnjen uzrok	25,51	5,381
	Zajednički faktori	29,43	3,780
Problemi sa plodnošću	Ženski faktor	138,05	32,463
	Muški faktor	136,05	28,576
	Neobjašnjen uzrok	136,06	28,834
	Zajednički faktori	142,43	18,229
Skala kvaliteta života	Ženski faktor	85,217	15,556
	Muški faktor	81,350	21,014
	Neobjašnjen uzrok	84,795	14,206
	Zajednički faktori	83,429	10,358
Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	Ženski faktor	65,916	10,597
	Muški faktor	65,182	12,112
	Neobjašnjen uzrok	65,187	10,892
	Zajednički faktori	65,402	11,462

Opšte aktivne strategije prevladavanja	Ženski faktor	6,43	1,193
	Muški faktor	6,65	,928
	Neobjašnjen uzrok	6,48	,982
	Zajednički faktori	6,68	1,018
Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	Ženski faktor	3,57	1,158
	Muški faktor	3,55	1,005
	Neobjašnjen uzrok	3,63	1,119
	Zajednički faktori	3,79	1,075
Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	Ženski faktor	16,15	3,511
	Muški faktor	15,95	2,729
	Neobjašnjen uzrok	14,98	3,945
	Zajednički faktori	17,57	3,020
Briga o sebi kao strategija prevladavanja	Ženski faktor	9,91	3,073
	Muški faktor	9,65	2,508
	Neobjašnjen uzrok	9,60	2,846
	Zajednički faktori	8,00	3,136
Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	Ženski faktor	3,31	2,254
	Muški faktor	3,26	2,053
	Neobjašnjen uzrok	3,08	2,389
	Zajednički faktori	3,57	1,115

Univarijatna analiza varijanse Skale rezilijentnosti, Skale opšte samoefikasnosti, Skale samoefikasnosti kod problema steriliteta, Skale doživljenog stresa, Problema sa plodnošću, Skale kvaliteta života, Upitnika o kvalitetu života kod problema sa plodnošću, faktora Upitnika prevladavanja – kraća verzija i faktora Upitnika prevladavanja neplodnosti za kliničku grupu ispitanica u zavisnosti od uzroka steriliteta (N=250)

Uzrok steriliteta	Klinička grupa		
	df	F	p
Skala rezilijentnosti	3; 249	,718	,542
Skala opšte samoefikasnosti	3; 249	,396	,756
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta	3; 246	2,174	,092
Skala doživljenog stresa	3; 249	1,109	,346
Problemi sa plodnošću	3; 246	,159	,924
Skala kvaliteta života	3; 249	,366	,777
Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	3; 246	,066	,978
Opšte aktivne strategije prevladavanja	3; 249	,302	,824
Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja	3; 249	,119	,949
Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja	3; 246	2,355	,073
Briga o sebi kao strategija prevladavanja	3; 246	,934	,425
Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja	3; 246	,238	,870

Prilog 4

Rezultati medijacije opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Opšte aktivne strategije prevladavanja Skala doživljenog stresa	Klinička grupa	-0.409 (p<0.01)	-0.352 (p<0.01)	-0.055 (p=0.123)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	-0.242 (p<0.01)	-0.097 (p=0.142)	-0.039 (p=0.085)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja Skala generalnog stresa	Klinička grupa	-0.409 (p<0.01)	-0.387 (p<0.01)	-0.022 (p=0.196)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	-0.242 (p<0.01)	-0.097 (p=0.107)	-0.093 (p<0.01)	Potpuna

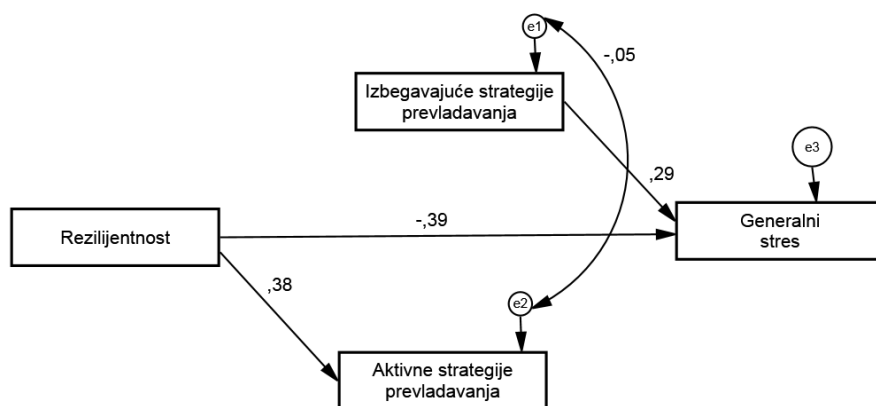
Rezultati medijacije opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između opšte samoefikasnosti i generalnog stresa (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala opšte samoefikasnosti Opšte aktivne strategije prevladavanja Skala doživljenog stresa	Klinička grupa	-0.297 (p<0.01)	-0.244 (p<0.01)	-0.049 (p<0.05)	Parcijalna
	Kontrolna grupa	-0.337 (p<0.01)	-0.203 (p<0.01)	-0.035 (p=0.219)	Ne postoji
Skala opšte samoefikasnosti Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja Skala doživljenog stresa	Klinička grupa	-0.297 (p<0.01)	-0.247 (p<0.01)	-0.005 (p=0.761)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	-0.337 (p<0.01)	-0.200 (p<0.01)	-0.106 (p<0.01)	Parcijalna

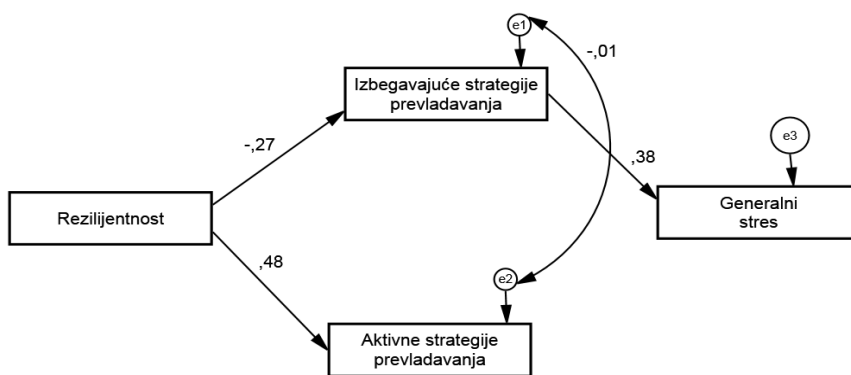
Rezultati medijacije opšte samoefikasnosti u odnosu između rezilijentnosti i generalnog stresa (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Skala opšte samoefikasnosti Skala doživljenog stresa	Klinička grupa	-0.409 (p<0.01)	-0.412 (p<0.01)	0.004 (p=0.949)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	-0.242 (p<0.01)	-0.079 (p=0.270)	-0.163 (p<0.01)	Potpuna

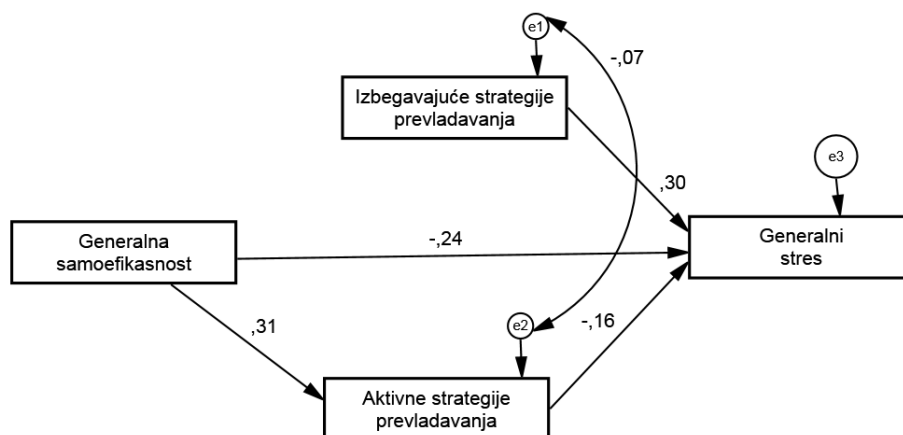
Klinička grupa



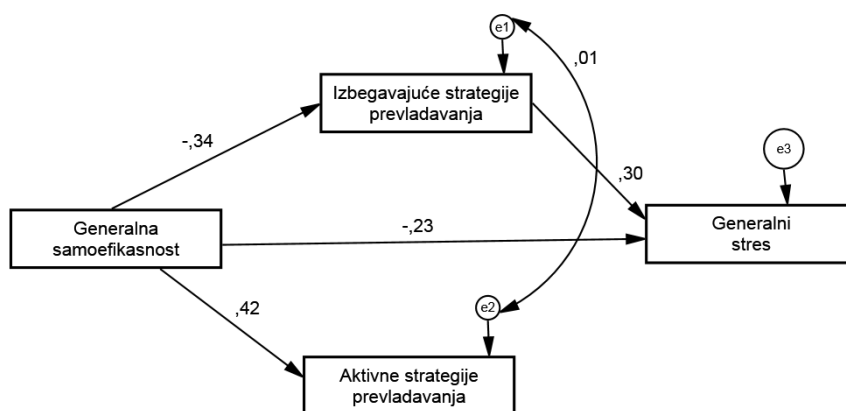
Kontrolna grupa



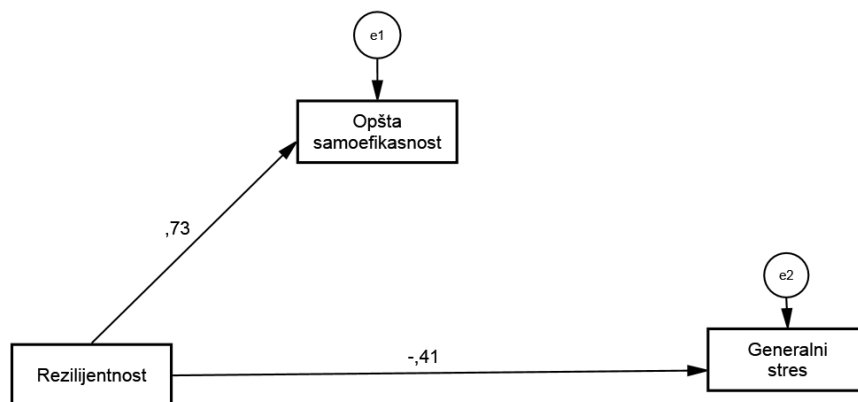
Klinička grupa



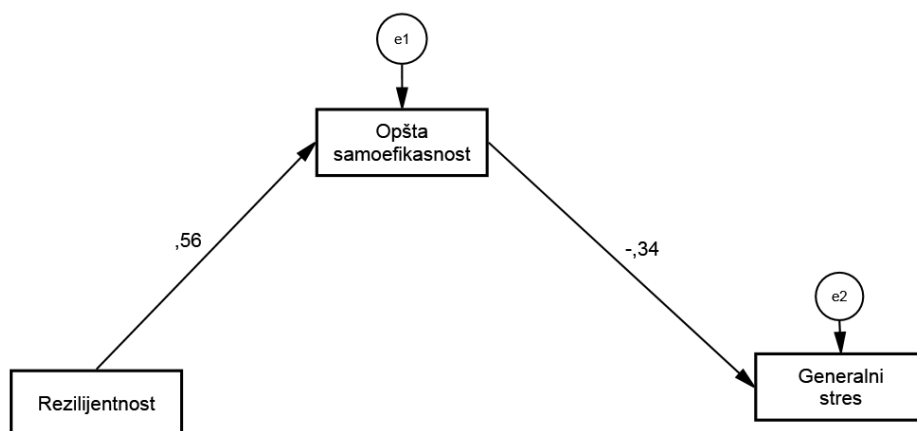
Kontrolna grupa



Klinička grupa



Kontrolna grupa



Prilog 5

Rezultati medijacije opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Opšte aktivne strategije prevladavanja Skala kvaliteta života	Klinička grupa	0.389 (p<0.01)	0.367 (p<0.01)	0.017 (p=0.502)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	0.200 (p<0.01)	0.102 (p=0.140)	0.036 (p=0.266)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja Skala kvaliteta života	Klinička grupa	0.389 (p<0.01)	0.369 (p<0.01)	0.005 (p=0.217)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	0.200 (p<0.01)	0.102 (p=0.105)	0.063 (p<0.01)	Potpuna

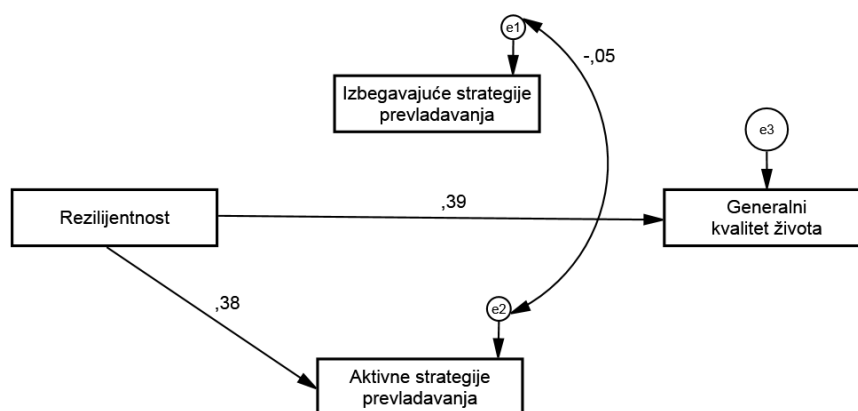
Rezultati medijacije opštih mehanizama prevladavanja u odnosu između opšte samoeфикаsnosti i generalnog kvaliteta života (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala opšte samoeфикаsnosti Opšte aktivne strategije prevladavanja Skala kvaliteta života	Klinička grupa	0.360 (p<0.01)	0.334 (p<0.01)	0.025 (p=0.179)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	0.304 (p<0.01)	0.229 (p<0.01)	0.015 (p=0.603)	Ne postoji
Skala opšte samoeфикаsnosti Opšte izbegavajuće strategije prevladavanja Skala kvaliteta života	Klinička grupa	0.360 (p<0.01)	0.336 (p<0.01)	0.001 (p=0.596)	Ne postoji
	Kontrolna grupa	0.304 (p<0.01)	0.226 (p<0.01)	0.065 (p<0.01)	Parcijalna

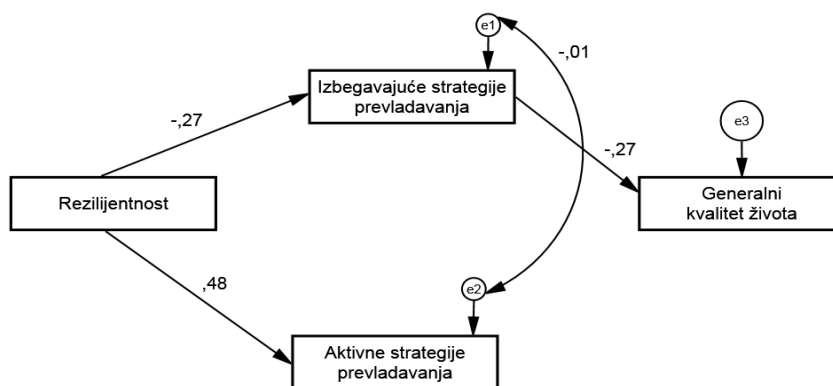
Rezultati medijacije opšte samoeфикаsnosti u odnosu između rezilijentnosti i generalnog kvaliteta života (N=500)

Odnosi		Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Skala opšte samoeфикаsnosti Skala kvaliteta života	Klinička grupa	0.389 (p<0.01)	0.270 (p<0.01)	0.119 (p<0.05)	Parcijalna
	Kontrolna grupa	0.200 (p<0.01)	0.044 (p=0.545)	0.156 (p<0.01)	Potpuna

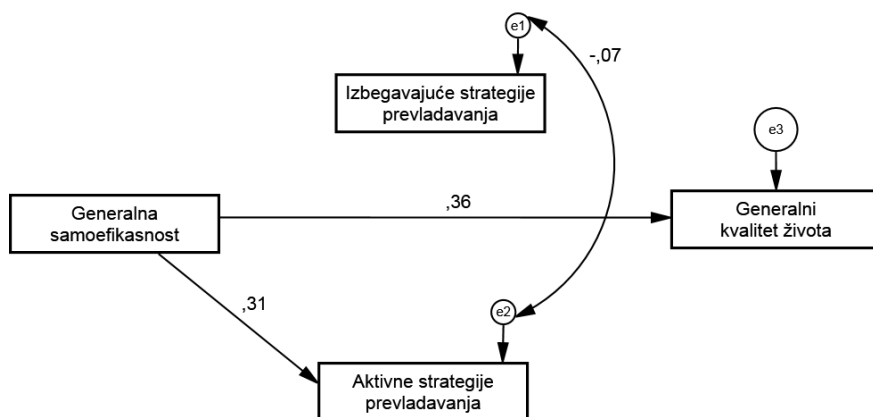
Klinička grupa



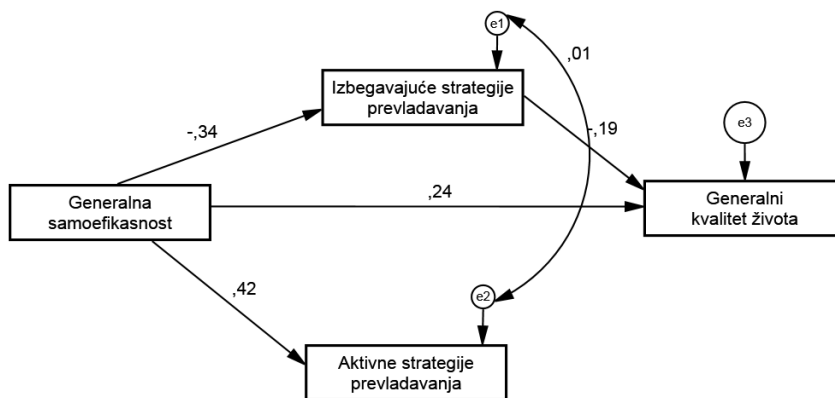
Kontrolna grupa



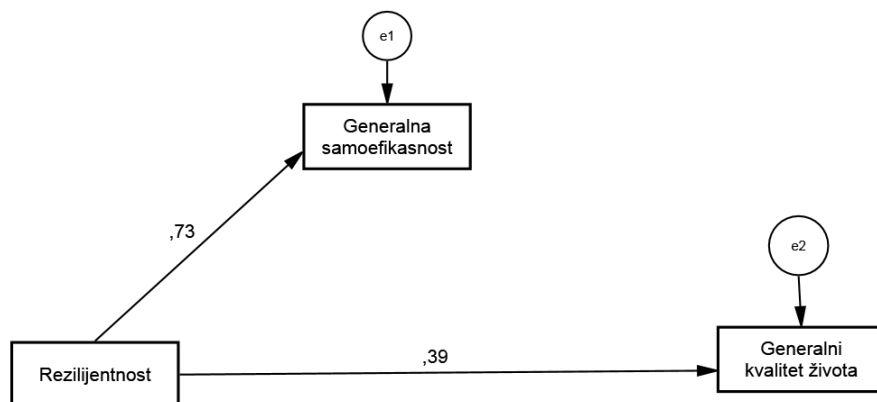
Klinička grupa



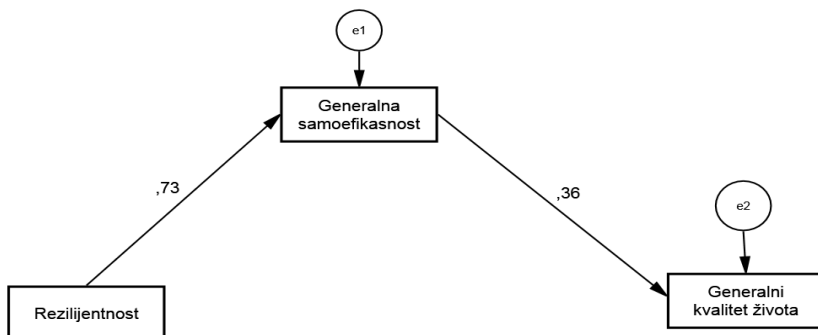
Kontrolna grupa



Klinička grupa



Kontrolna grupa



Prilog 6

Rezultati medijacije specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta (N=250)

Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	-0.051 (p=0.319)	0.019 (p<0.05)	Potpuna
Skala rezilijentnosti Briga o sebi kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	-0.051 (p=0.339)	-0.053 (p<0.01)	Potpuna
Skala rezilijentnosti Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	-0.051 (p=0.322)	-0.093 (p<0.05)	Potpuna

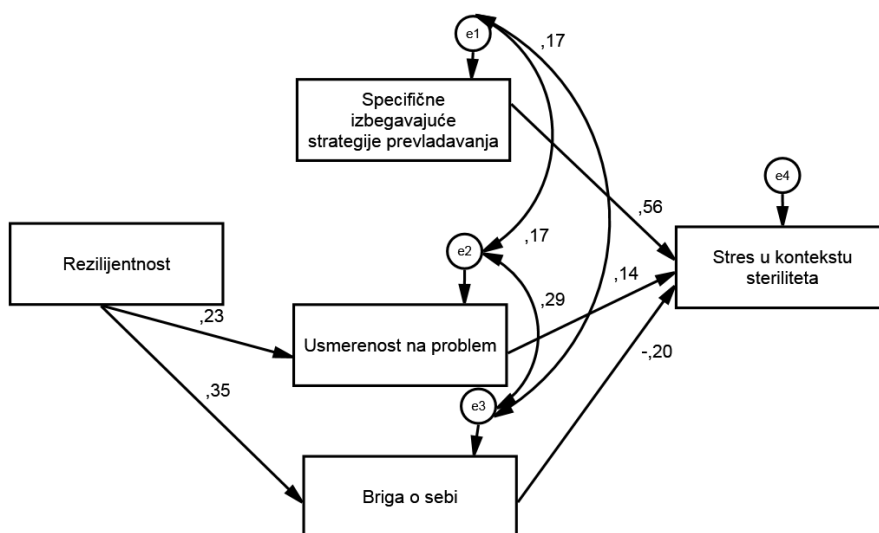
Rezultati medijacije specifičnih mehanizama prevladavanja između samoefikasnosti i stresa u kontekstu steriliteta (N=250)

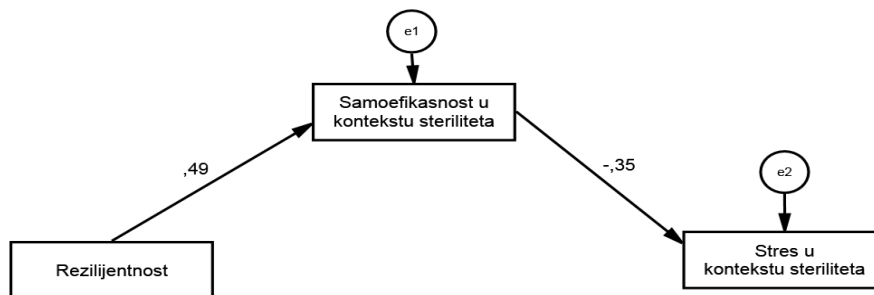
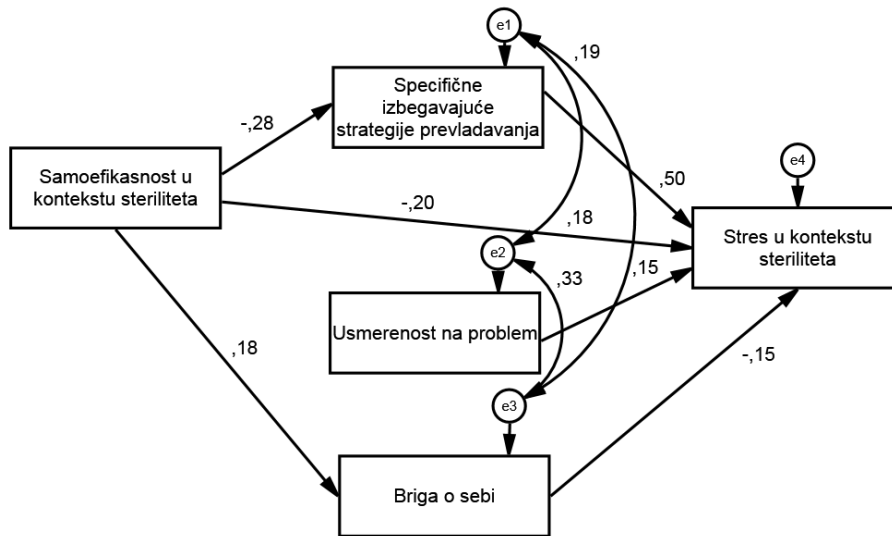
Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.350 (p<0.01)	-0.209 (p<0.01)	0.012 (p=0.174)	Ne postoji
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Briga o sebi kao strategija prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.350 (p<0.01)	-0.209 (p<0.01)	-0.034 (p<0.01)	Parcijalna
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Izbegavajuće strategije prevladavanja Problemi sa plodnošću	-0.350 (p<0.01)	-0.202 (p<0.01)	-0.154 (p<0.01)	Parcijalna

Rezultati medijacije specifične samoefikasnosti između rezilijentnosti i stresa u kontekstu steriliteta (N=250)

Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Problemi sa plodnošću	-0.134 (p<0.05)	0.052 (p=0.449)	-0.186 (p<0.01)	Potpuna

Klinička grupa – specifične varijable





Prilog 7

Rezultati medijacije specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta (N=250)

Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.300 (p<0.01)	-0.005 (p=0.488)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Briga o sebi kao strategija prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.299 (p<0.01)	0.004 (p=0.753)	Ne postoji
Skala rezilijentnosti Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.294 (p<0.01)	0.055 (p<0.05)	Parcijalna

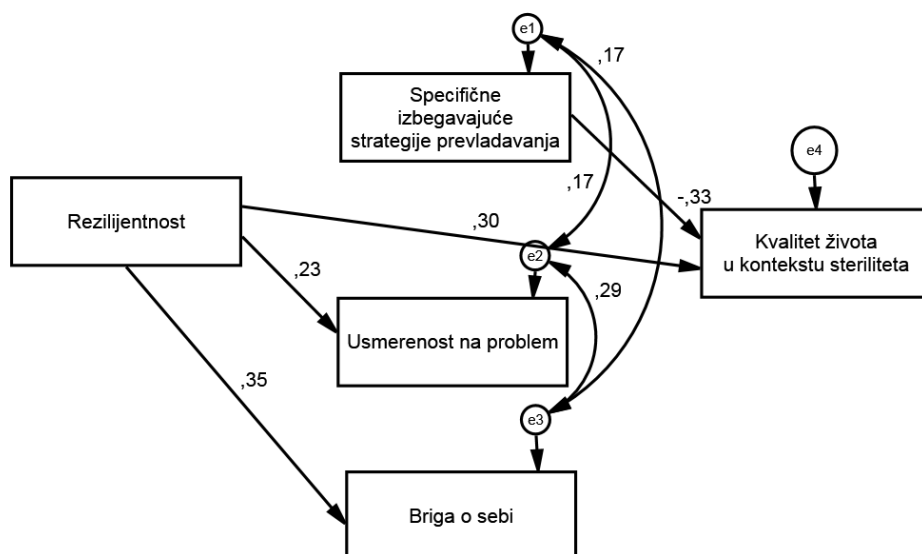
Rezultati medijacije specifičnih mehanizama prevladavanja u odnosu između specifične samoefikasnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta (N=250)

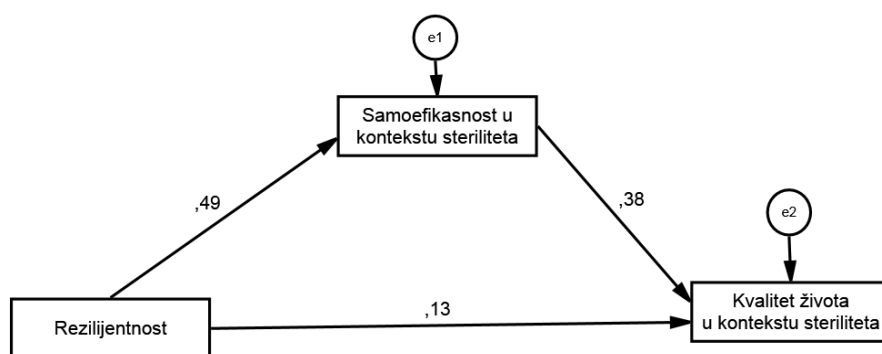
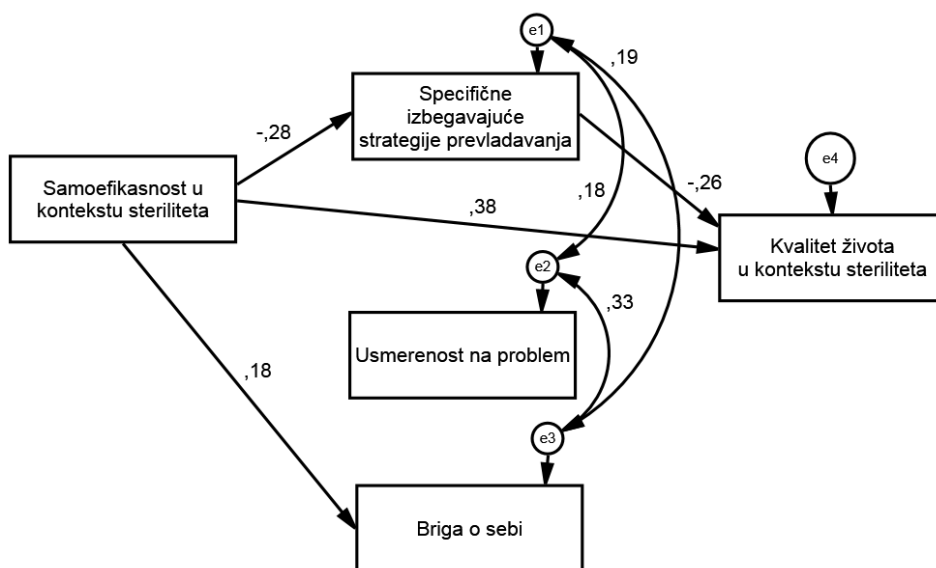
Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Usmerenost na problem kao strategija prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.450 (p<0.01)	0.392 (p<0.01)	-0.004 (p=0.512)	Ne postoji
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Briga o sebi kao strategija prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.450 (p<0.01)	0.391 (p<0.01)	0.005 (p=0.596)	Ne postoji
Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Specifične izbegavajuće strategije prevladavanja Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.450 (p<0.01)	0.381 (p<0.01)	0.068 (p<0.01)	Parcijalna

Rezultati medijacije specifične samoefikasnosti u odnosu između rezilijentnosti i kvaliteta života u kontekstu steriliteta (N=250)

Odnosi	Efekat bez medijatora	Efekat sa medijatorom	Indirektan efekat	Medijacija
Skala rezilijentnosti Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću	0.324 (p<0.01)	0.134 (p<0.05)	0.190 (p<0.01)	Parcijalna

Klinička grupa – specifične varijable





Instrumenti istraživanja

Pred Vama se nalaze različiti upitnici sa kratkim uputstvom za njihovo popunjavanje. Ispitivanje je anonimno, pa Vas molim da pitanja čitate pažljivo i odgovarate iskreno ne preskačući pitanja. Podaci će biti korišćeni isključivo u naučno-istraživačke svrhe.

Sociodemografski upitnik

1. Godine starosti: _____
2. Stručna sprema: OŠ SSS VŠS VSS magistratura/doktorat/specijalizacija
3. Da li ste zaposleni? DA NE
4. Koliko dugo ste sa sadašnjim partnerom? (godine) _____
5. Godine starosti partnera: _____
6. Stručna sprema partnera: OŠ SSS VŠS VSS magistratura/doktorat/specijalizacija
7. Da li je partner zaposlen? DA NE
8. Kolika su vam ukupna mesečna primanja?
 - a) do 50 000 din.
 - b) 50 000 - 100 000 din.
 - c) preko 100 000 din.

9. Da li ste nekada bili trudni? DA NE

10. Ukoliko jeste, napišite: ukupan broj trudnoća: _____; broj iznetih trudnoća _____; broj spontanih pobačaja: _____; broj abortusa: _____

11. Koliko dugo pokušavate da zatrudnite? (godine/meseci) _____

12. a) Da li se lečite od neplodnosti? DA NE

13. Koliko dugo se lečite? (godine/meseci) _____

14. Da li znate koji je uzrok nemogućnosti začeća?

a) neprohodnost jajovoda, izostanak ovulacije... b) partnerov spermogram

c) nije utvrđen uzrok d) drugi uzrok: _____

16. Koji vidove tretmana neplodnosti ste primenjivali?

17. Koliko ste ukupno imali tretmanskih pokušaja začeća? _____

18. a) Da li ste bili trudni nakon tretmanskih začeća? DA NE b) Koliko puta? _____

19. Zaokružite broj kod svake do navedenih tvrdnji:

	Uopšte se ne slažem	Delimično se ne slažem	Neodlučna sam	Delimično se slažem	Potpuno se slažem
Imati dete je veoma važno za mene.	1	2	3	4	5
Teško mi je da zamislim život bez dece.	1	2	3	4	5
Biti roditelj je jedna od najvažnijih stvari koje osoba može da uradi.	1	2	3	4	5

Skala rezilijentnosti

Kod svake rečenice zaokružite broj koji najbolje označava Vaš stepen slaganja sa tvrdnjom. Molimo Vas da odgovarate u skladu sa time kako ste mislili i osećali se **u proteklih mesec dana**. Ako Vam se navedena situacija nije skoro desila, molimo da odgovorite u skladu sa time kako mislite da biste se osećali.

0 1 2 3 4
 Gotovo nikad Veoma retko Ponekad tačna Veoma često Gotovo uvek tačna
 tačna tačna tačna tačna

1.	Sposobna sam da se prilagodim kada dođe do nekih promena.	0	1	2	3	4
2.	Imam najmanje jednu blisku i pouzdanu osobu koja mi pomaže kada sam pod stresom.	0	1	2	3	4
3.	Kada nema jasnog rešenja za moje probleme, ponekad Bog ili sudbina mogu pomoći.	0	1	2	3	4
4.	Mogu se nositi sa bilo čime što mi se nađe na putu.	0	1	2	3	4
5.	Uspesi iz prošlosti me ohrabruju da se suočim sa novim izazovima i teškoćama.	0	1	2	3	4
6.	Kada sam suočen sa problemom, trudim se da primećujem duhovitu stranu stvari.	0	1	2	3	4
7.	Izlaženje na kraj sa stresom može da me ojača.	0	1	2	3	4
8.	Nastojim da se što pre trgnem i vratim u normalu nakon bolesti, povrede ili neke druge teškoće.	0	1	2	3	4
9.	Bilo da su dobre ili loše, verujem da se većina stvari dešava sa razlogom.	0	1	2	3	4
10.	Dajem sve od sebe bez obzira na to kakav ishod može biti.	0	1	2	3	4
11.	Verujem da mogu postići svoje ciljeve, čak i ako za to postoje prepreke.	0	1	2	3	4
12.	Čak i kada stvari izgledaju beznadežno, ja ne odustajem.	0	1	2	3	4
13.	Kada sam pod stresom ili u krizi, znam gde da se obratim za pomoć.	0	1	2	3	4
14.	Pod pritiskom ostajem usredsređen i razmišljam jasno.	0	1	2	3	4
15.	Više volim da rukovodim u rešavanju problema nego da pustim da drugi donose sve odluke.	0	1	2	3	4
16.	Ne dam se lako obeshrabriti neuspehom.	0	1	2	3	4
17.	Sebe smatram snažnom osobom kada su u pitanju životni izazovi i teškoće.	0	1	2	3	4
18.	Ako je neophodno, mogu doneti i teške ili nepopularne odluke koje se tiču drugih ljudi.	0	1	2	3	4
19.	U stanju sam da se nosim sa neprijatnim ili bolnim osećanjima kao što su tuga, strah ili bes.	0	1	2	3	4
20.	U rešavanju životih problema ponekad moraš da reaguješ po osećaju, a da pritom ne znaš zašto.	0	1	2	3	4
21.	Imam snažan doživljaj da moj život ima svrhe.	0	1	2	3	4
22.	Osećam da imam kontrolu nad svojim životom.	0	1	2	3	4
23.	Volim izazove.	0	1	2	3	4
24.	Radim na postizanju svojih ciljeva bez obzira na prepreke na koje usput nailazim.	0	1	2	3	4
25.	Ponosim se svojim dostignućima.	0	1	2	3	4

Skala samoefikasnosti kod problema steriliteta

Pažljivo pročitajte tvrdnje koje se odnose na **problem neplodnosti** i kod svake tvrdnje zaokružite jedan od ponuđenih odgovora:

Uopšte nisam uverena

Veoma sam uverena

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Uverena sam da mogu da:

1.	ignorišem ili odbacim misli koje mogu da me uznemire tokom medicinskih tretmana.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	zadržim smisao za humor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	pronađem smisao iskustva sa neplodnošću.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	upravljam promenama raspoloženja izazvanim hormonskim terapijama.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.	ne budem obeshrabrena kada izgleda da ništa što uradim ne pomaže.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.	prihvatim da moji najveći napori možda neće promeniti moju/našu neplodnost.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.	kontrolišem negativne emocije vezane za neplodnost.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	se nosim sa prijateljicama i rođakama koje su trudne.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	upravljam svojim emocijama besa ili agresivnosti.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	zadržim pozitivan stav.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	ublažim osećanja samookrivljavanja, stida ili nesavršenosti.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.	ostanem opuštена dok čekam zakazane preglede ili rezultate ispitivanja.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.	preduzmem nešto kako bih se oraspoložila kad sam tužna ili obeshrabrena.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.	se osećam dobro u pogledu svoje ličnosti i svog tela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.	nastavim svoju uobičajenu životnu rutinu.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.	se osećam kao seksualno poželjna osoba.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Upitnik prevladavanja – kraća verzija

Navedene stavke uključuju različite načine suočavanja sa problemima. Kod svake stavke označite koliko ste često Vi koristili određenu strategiju rešavanja problema, odnosno označite koliko se navedena stavka odnosi na Vas.

Kod svake stavke označite koliko često ste primenjivali određenu strategiju:

	1	2	3	4	
	Nisam uopšte	Malo	Umereno	Često	
1.	Okrećem se poslu ili drugim aktivnostima, kako bih skrenula misli sa problema.	1	2	3	4
2.	Usmeravam napore da učinim nešto povodom situacije u kojoj sam se našla.	1	2	3	4
3.	Govorim sebi „zar se ovo zaista meni događa?“.	1	2	3	4
4.	Uzimam alkohol ili druge supstance kako bih se bolje osećala.	1	2	3	4
5.	Dobijam emocionalnu podršku od drugih.	1	2	3	4
6.	Odustajem od pokušaja da se nosim sa problemom.	1	2	3	4
7.	Preduzimam aktivnosti kako bih pokušala da poboljšam situaciju.	1	2	3	4
8.	Odbijam da poverujem da mi se ovo događa.	1	2	3	4
9.	Razgovaram sama sa sobom kako bih rasterala neprijatna osećanja.	1	2	3	4
10.	Prihvatam pomoć i savete od drugih ljudi.	1	2	3	4
11.	Uzimam alkohol ili druge supstance da bi mi pomogle da prođem kroz ovu situaciju.	1	2	3	4
12.	Pokušavam da vidim situaciju u drugačijem svetlu, kako bih našla pozitivnu alternativu.	1	2	3	4
13.	Kritikujem sebe.	1	2	3	4
14.	Pokušavam da smislim strategiju šta da radim.	1	2	3	4
15.	Dobijam utehu i razumevanje od drugih.	1	2	3	4
16.	Odustajem od pokušaja da se nosim sa problemom.	1	2	3	4
17.	Tražim nešto dobro u onome što se događa.	1	2	3	4
18.	Šalim se na račun problema.	1	2	3	4
19.	Bavim se aktivnostima kao što su odlazak u bioskop, gledanje televizije, čitanje, sanjarenje, spavanje, kupovina, kako bih manje razmišljala o problemu.	1	2	3	4
20.	Prihvatam realnost činjenice da se to dogodilo.	1	2	3	4
21.	Izražavam svoja negativna osećanja.	1	2	3	4
22.	Pokušavam da pronađem utehu u religiji ili duhovnim verovanjima.	1	2	3	4
23.	Pokušavam da prihvatim savet ili pomoć od drugih o tome šta da radim.	1	2	3	4
24.	Učim da živim sa svojim problemom.	1	2	3	4
25.	Sa mukom razmišljam o tome koje korake da preduzmem.	1	2	3	4
26.	Okrivljujem sebe za stvari koje su se dogodile.	1	2	3	4
27.	Molim se ili meditiram.	1	2	3	4
28.	Pravim šale na račun ove situacije.	1	2	3	4

Upitnik prevladavanja neplodnosti

Ljudi na različite načine reaguju na **problem sa plodnošću**. 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	1	2	3	4
Nikada	Retko	Ponekada	Često	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 suprugu 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 menii 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

Skala doživljenog stresa

Sledeća pitanja procenjuju Vaše emocije i misli u prethodnih mesec dana. Kod svakog pitanja potrebno je da označite koliko često ste se osećali ili razmišljali na određeni način. Prilikom odgovaranja izaberite jedan od ponuđenih odgovora:

0	1	2	3	4
Nikada	Skoro nikada	Ponekada	Prilično često	Veoma često

U poslednjih mesec dana, koliko često ste:

1.	bili uznemireni zbog neočekivanih događaja?	0	1	2	3	4
2.	osetili da ne možete da kontrolište važne stvari u svom životu?	0	1	2	3	4
3.	se osećali nervozno ili pod stresom?	0	1	2	3	4
4.	se uspešno izborili sa razdražujućim životnim neprilikama?	0	1	2	3	4
5.	imali osećaj da uspešno prevladavate važne promene u svom životu?	0	1	2	3	4
6.	bili uvereni u svoju sposobnost da rešite lične probleme?	0	1	2	3	4
7.	imali osećaj da stvari idu onako kako vi želite?	0	1	2	3	4
8.	osetili da ne možete da se nosite sa svim svojim obavezama?	0	1	2	3	4
9.	mogli da kontrolišete ono što vas u životu ljuti?	0	1	2	3	4
10.	osećali da ste bili iznad problema?	0	1	2	3	4
11.	bili ljuti zbog stvari koje su se dogodile izvan vaše kontrole?	0	1	2	3	4
12.	razmišljali o stvarima koje treba da postignete?	0	1	2	3	4
13.	bili u mogućnosti da kontrolišete kako provodite slobodno vreme?	0	1	2	3	4
14.	osetili da se poteškoće toliko gomilaju, da niste u stanju da ih prevaziđete?	0	1	2	3	4

Problemi sa plodnošću

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

1	2	3	4	5	6
Uopšte se ne slažem	Umereno se ne slažem	Malo se ne slažem	Malo se slažem	Umereno se slažem	Veoma 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 (još jedno 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 (još jednog 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 (još jedno 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 (još jednim 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 (još jednog 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 (još jedno 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 (još jedno 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 (još jedno 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 (još jedno 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 (još jednog 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 (još jedno 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

Skala kvaliteta života

Pročitajte navedene tvrdnje i zaokružite broj koji najbolje opisuje Vaše zadovoljstvo svakom tvrdnjom u ovom trenutku. Iako trenutno ne učestvujete u nekoj od aktivnosti, možete biti zadovoljni ili nezadovoljni time što ne učestvujete.

Koristite sledeću skalu:

1	2	3	4	5	6	7
Potpuno nezadovoljna			I zadovoljna i nezadovoljna			Oduševljena

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Udobnost kuće, ishrana, pogodnosti, finansijska sigurnost							
2.	Zdravlje – fizička sposobnost i energičnost							
3.	Odnosi sa roditeljima, braćom/sestrama i drugim rođacima – komunikacija, viđanje, pomaganje							
4.	Deca i njihovo odgajanje							
5.	Bliski odnosi sa partnerom ili drugom značajnom osobom							
6.	Odnosi sa bliskim prijateljima							
7.	Pomaganje, ohrabrivanje i savetovanje drugih, volontiranje							
8.	Učestvovanje u organizacijama i javnim poslovima							
9.	Učenje – pohađanje škole, sticanje dodatnih znanja, produbljivanje razumevanja							
10.	Poznavanje sebe – svojih mogućnosti i ograničenja – smisla života							
11.	Rad – posao ili rad u kući							
12.	Izražavanje kreativnosti							
13.	Druženje – upoznavanje novih ljudi, zabave...							
14.	Čitanje, slušanje muzike, razonoda...							
15.	Učestvovanje u aktivnoj rekreaciji							
16.	Nezavisnost, rad za sebe							

Upitnik o kvalitetu života kod problema sa plodnošću

Molimo Vas da na pitanja date odgovore najbliže Vašem sadašnjem razmišljanju i emocijama. Svaki odgovor uporedite s time. Neka pitanja su lične prirode, ali su neophodna da bi svi aspekti Vašeg života bili adekvatno procenjeni.

Zaokružite jedan od ponuđenih odgovora kod svakog pitanja.

A. Kako biste ocenili svoje zdravlje?

0 1 2 3 4
Veoma loše Loše Ni dobro ni loše Dobro Veoma dobro

B. Jeste li zadovoljni kvalitetom svog života?

0 1 2 3 4
Veoma nezadovoljna Nezadovoljna Ni zadovoljna ni nezadovoljna Zadovoljna Veoma zadovoljna

0 1 2 3 4
Potpuno U velikoj meri Umereno Ne mnogo Nimalo

Q1	Da li su Vam pažnja i koncentracija pomućene mislima o neplodnosti?	0	1	2	3	4
Q2	Mislite li da ne možete da nastavite s postizanjem ostalih životnih ciljeva zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q3	Osećate li se iscrpljeno zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q4	Da li se osećate sposobni da se uhvatite u koštac s problemima s plodnošću?	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Veoma nezadovoljna	Nezadovoljna	Ni zadovoljna ni nezadovoljna	Zadovoljna	Veoma zadovoljna

Q5	Jeste li zadovoljni podrškom prijatelja kad su u pitanju problemi s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q6	Da li ste zadovoljni seksualnim odnosima uprkos problemima s plodnošću?	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Uvek	Veoma često	Često	Retko	Nikada

Q7	Izazivaju li problemi s plodnošću u Vama ljubomoru i neraspoloženje?	0	1	2	3	4
Q8	Jeste li doživeli žalost ili osećanje gubitka zbog toga što ne možete da dobijete dete (ili još dece)?	0	1	2	3	4
Q9	Osećate li naizmenično nadu i očajanje zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q10	Jeste li usamljeni zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q11	Da li ste Vi i Vaš partner nežni jedno prema drugome uprkos problemima s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q12	Da li Vam problemi s plodnošću smetaju u svakodnevnom poslu ili obavezama?	0	1	2	3	4
Q13	Osećate li se neprijatno u društvu, na primer za praznike ili na proslavama, zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q14	Da li osećate da porodica razume kroza šta prolazite?	0	1	2	3	4

0 **1** **2** **3** **4**
U najvećoj **Mnogo** **Umereno** **Malo** **Nimalo**
moгуćoj meri

Q15	Jesu li problemi s plodnošću produbili Vašu posvećenost partneru?	0	1	2	3	4
Q16	Osećate li tugu ili utučenost zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q17	Da li Vas problemi s plodnošću čine inferiornim u poređenju s ljudima koji imaju decu?	0	1	2	3	4
Q18	Jeste li zamoreni problemima s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q19	Utiču li problemi s plodnošću negativno na Vašu emocionalnu vezu?	0	1	2	3	4
Q20	Imate li teškoća da razgovarate s partnerom ili partnerkom o osećanjima koja se tiču neplodnosti?	0	1	2	3	4
Q21	Jeste li zadovoljni vezom uprkos problemima s plodnošću?	0	1	2	3	4
Q22	Da li osećate društveni pritisak da dobijete dete ili još dece?	0	1	2	3	4
Q23	Dovode li Vas problemi s plodnošću do besa?	0	1	2	3	4
Q24	Da li patite i da li osećate fi žičku nelagodu zbog problema s plodnošću?	0	1	2	3	4

0 **1** **2** **3** **4**
Stalno **Veoma često** **Često** **Retko** **Nikada**

T1	Utiče li tretman neplodnosti na Vaše raspoloženje?	0	1	2	3	4
T2	Da li su Vam dostupne medicinske službe zadužene za tretman problema s plodnošću koje preferirate?	0	1	2	3	4

Biografija autora

Jovana Milovanović rođena je 12.01.1988. godine u Beogradu, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju kao odličan učenik. Godine 2011. diplomirala je na Filozofskom fakultetu u Beogradu na Odeljenju za psihologiju. Na istom Univerzitetu i Fakultetu 2012. godine završila je master studije. Tema master rada bila je “Povezanost simptoma anoreksije nervoze sa stilovima emocionalnog vezivanja, perfekcionizmom i doživljajem oblika tela kod studentkinja”. Pohađala je i četvorogodišnju edukaciju iz Racionalno emotivno bihevioralne terapije u REBT pridruženom trening centru Instituta Albert Elis u Beogradu.

Tokom doktorskih studija na Filozofskom fakultetu u Beogradu, na odeljenju za psihologiju, bila je angažovana kao saradnik u nastavi na predmetima “Opšta psihopatologija – opšti deo”, “Opšta psihopatologija - specijalni deo”, “Veštine psihološkog savetovanja”, “Teorija i praksa psihoterapije i savetovanja”, “Psihoanaliza” i “Kognitivno-bihevioralna terapija”.

Godinu dana stažirala je kao pripravnik na Klinici za psihijatriju u Kliničkom centru Srbije, nakon čega je položila stručni ispit za zdravstvenog saradnika master psihologa. Trenutno radi kao psiholog u osnovnoj školi “Ivo Andrić” u Beogradu. Angažovana je volonterski kao psihološki savetnik u okviru projekta “Pričajmo o tome” koji se bavi pružanjem besplatne psihološke pomoći studentima *online* i u okviru savetovališta za mame – “Mame u poverenju” (Centar za mame) koje se bavi pružanjem besplatne psihološke pomoći majkama i trudnicama *online*.

Tokom studija bila je stipendista Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja. Objavljivala je radove u naučnim časopisima i bila predavač na domaćim skupovima i seminarima.

Izjava o autorstvu

Ime i prezime autora Jovana Milovanović

Broj indeksa 4P120013

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom:

Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoeфикаsnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio/la intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis autora

U Beogradu, _____

IZJAVA O KORIŠĆENJU

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku “Svetozar Marković” da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoeфикаsnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života

koja je moje autorsko delo.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo – nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poleđini lista)

Potpis autora

U Beogradu, _____
