

**UNIVERZITET U SARAJEVU**

**FILOZOFSKI FAKULTET**

**ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU**

**Završni magistarski rad**

**PSIHOLOŠKI IZAZOVI U PROCESU POTPOMOŽNUTE OPLODNJE**

**MENTOR:**

**Prof. dr. Đenita Tuče**

**STUDENT:**

**Lamija Ćerimagić**

**Sarajevo, 2023. godina**

## ***Zahvalnica***

*Srdačno se zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. Đeniti Tuće na ukazanom povjerenju, pomoći i savjetima tokom izrade magistarskog rada.*

*Hvala svim mojim prijateljima koji su bili dio mojih studentskih dana.*

*Najveću zahvalnost dugujem svojim roditeljima i sestri za neizmjernu podršku, ljubav i razumijevanje koje su mi pružali tokom studija.*

## SAŽETAK

Postati roditeljem za mnoge ljude predstavlja jednu od najvećih želja u životu. Nažalost, danas je sve veći broj parova koji se ne mogu ostvariti u ulozi roditelja prirodnim putem te se podvrgavaju različitim metodama liječenja neplodnosti. Proces liječenja neplodnosti potpomognutom oplodnjom, međutim, nije nimalo jednostavan. Nosi dosta žrtvovanja i odricanja, kako vremenski, tako i financijski. Cilj ovog magistarskog rada je detaljnije pojasniti psihološke aspekte neplodnosti i izazove s kojima se parovi susreću tokom liječenja neplodnosti. Također, u radu je stavljen fokus i na međudjelovanje psiholoških faktora i neplodnosti, kao i važnost dostupnosti stručne psihološke podrške tokom procesa potpomognute oplodnje. Naime, liječenje neplodnosti nije samo fizičko, nego je i psihičko opterećenje za oba partnera. Mnogi parovi o svom problemu neplodnosti ne govore ni s bliskim ljudima, izbjegavaju druženja, izoliraju se od okoline jer se osjećaju stigmatizirano i boje se pitanja „Kada ćete dobiti dijete?“ Upravo ovo im donosi dodatni stres koji samo može otežati proces liječenja. Tokom liječenja neplodnosti parovi obično pored osjećaja krivnje i stida, imaju i druge psihološke probleme, a istraživanja su pokazala da su to najviše depresija, anksioznost i aleksitimija. Psihički faktori mogu biti i uzroci neplodnosti. Visok nivo stresa, preveliko opterećenje na poslu, problemi u porodici, braku, gubitak voljenih osoba, depresija i anksioznost, mogu dovesti do hormonalnog disbalansa i inhibiranja ovulacije, a samim tim i do problema sa začecem i postizanjem zdrave trudnoće. Najveće razočaranje parovi imaju kada saznaju da je prvi tretman liječenja bio neuspješan. Upravo iz tog razloga, važno je da parovi u tim trenucima, ali i tokom kasnijih faza procesa liječenja neplodnosti imaju stručnu podršku psihologa, koji im može pomoći da se suoče sa strahom, boli i stresom, te da se uspješnije nose s neizvjesnošću i negativnim reakcijama poput bijesa, razočaranja i frustracije, koje obično nastaju nakon neuspjelih pokušaja.

***Ključne riječi:*** neplodnost, fertilitetna motivacija, psihološki izazovi tokom procesa potpomognute oplodnje

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>2. NEPLODNOST I TRETMANI NEPLODNOSTI</b> .....	3
2.1. Fertilitetna motivacija i želja za potomstvom .....	3
2.2. Dobrovoljna i prisilna apstinencija od djece .....	5
2.3. Neplodnost i uzroci neplodnosti.....	6
2.4. Tretman neplodnosti kroz proces potpomognute oplodnje .....	9
<b>3. PSIHOLOŠKI ASPEKTI NEPLODNOSTI I IZAZOVI PROCESA POTPOMOGNUTE OPLODNJE</b> .....	11
3.1. Uticaj psihe na neplodnost .....	15
3.2. Uticaj neplodnosti na psihu.....	16
3.3. Kvaliteta života žena tokom tretmana neplodnosti.....	17
3.4. Stigmatizacija i diskriminacija u porodici i društvu .....	18
3.5. Najčešći psihološki problemi koji se javljaju tokom procesa potpomognute oplodnje.....	20
3.6. Važnost socijalne podrške tokom procesa potpomognute oplodnje .....	25
<b>4. STRUČNA PSIHOLOŠKA PODRŠKA KAO MOGUĆA KOMPLEMENTARNA METODA LIJEČENJA NEPLODNOSTI</b> .....	26
4.1. Važnost uloge psihologa tokom procesa potpomognute oplodnje .....	28
4.2. Programi psihološke podrške parovima tokom procesa potpomognute oplodnje .....	29
<b>5. ZAKLJUČCI</b> .....	33
<b>6. LITERATURA</b> .....	35

## 1.UVOD

Imati dijete je jedan od važnijih životnih zadataka muškarca i žene, te predstavlja neophodan korak u postizanju zrelosti i ličnog razvoja, ali i u ostvarenju društveno očekivane uloge, koja se odnosi na produženje vrste (Jestrović, 2021). I dok veliki broj parova pokušava različitim metodama ograničiti svoju plodnost, određeni broj parova ima teškoće sa začecem te pokušavaju na sve moguće načine da dobiju dijete biološkim putem (Aničić, 2007). Takvi parovi se bore s problemom neplodnosti. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) neplodnost je nemogućnost začeca, odnosno kliničke trudnoće nakon 12 ili više mjeseci nezaštićenih spolnih odnosa. Neplodnost može biti uzrokovana podjednako muškim i ženskim faktorom (40%), biti prisutna kod oba partnera (10%) ili biti idiopatska (10%), bez mogućnosti njenog utvrđivanja čak i uz pomoć savremenih medicinskih postupaka (Bedalov, 2016).

Metode potpomognute oplodnje su kliničke i laboratorijske tehnike koje se koriste u terapiji neplodnih parova kod kojih metode liječenja samog uzroka neplodnosti nisu bile uspješne (Ciglar, 2001; prema Friščić i Kušević, 2013). Obuhvataju sve metode liječenja kojima se potpomaže proces oplodnje, trudnoće i na kraju porođaja (Šimunić, 2012; prema Strmotić, 2015). Tokom procesa potpomognute oplodnje parovi prolaze kroz psihički i emotivno izazovna i zahtjevna stanja, zbog čega im je nužna podrška okoline, razumijevanje i empatija (Bakić, 2020). Ovo se odnosi naročito na žene jer su one osjetljivija skupina zbog svoje emocionalne ranjivosti, koja se javlja usljed pojačane anksioznosti uvjetovane zabrinutošću zbog neuspjelih postupaka liječenja, mogućeg spontanog pobačaja, straha zbog mogućih poteškoća u razvoju fetusa i sl. (Hjelmstedt, Widström i Collins, 2006; prema Nekić, Bekavac i Tucak Junaković, 2015).

Neki od izazova potpomognute oplodnje, koji su identificirani u dosadašnjim istraživanjima su: gubitak privatnosti (Bedalov, 2016), strah od liječenja, neizvjesnost od ishoda, teškoće u zadržavanju optimizma (Jurić Vukelić, 2021), nerazumijevanje negativnih emocija od strane liječnika, koje se kod pacijentica javljaju tokom različitih faza tretmana, izostanak vještina savjetovanja i pružanja osnovne psihosocijalne podrške, financijski troškovi i geografska udaljenost odnosno dostupnost klinika u kojima se sprovode tretmani (Jestrović, 2021).

Psihološki problemi vezani uz proces potpomognute oplodnje mogu se podijeliti na: psihološke faktore kao faktore rizika, poteškoće vezane uz dijagnosticiranje i liječenje neplodnosti, psihološke probleme kao uzrok kasnijeg psihološkog stresa i uzročno posljedičnu

spregu između psiholoških faktora i neplodnosti (Berga, Parry i Moses-Kolko, 2009; prema Friščić i Kušević, 2013). Uz pojačani stres tokom procesa potpomognute oplodnje, istraživanja pokazuju i visoku prevalenciju mentalnih problema. Najučestaliji su generalizirani anksiozni poremećaj, zatim depresija i distimični poremećaj (Galhardo, Cunha i Pinto-Gouveia, 2013; Chen, Chang, Tsai i Juang, 2004; prema Nekić, Bekavac i Tucak Junaković, 2015). U jednom istraživanju je pokazano da depresija i anksioznost koje se javljaju i kod žena i muškaraca kada saznaju za problem neplodnosti raste na početku tretmana, zatim prije i nakon embriotransfera kod žena i tokom perioda čekanja na rezultate testa za trudnoću kod oba partnera. Iskustvo neuspjele potpomognute oplodnje kod nekih parova može imati obilježja psihološke traume, čije se negativne posljedice mogu zadržati duži vremenski period (Ying, Wu i Loke, 2016; prema Jestrović, 2021).

Tokom prolaska kroz proces potpomognute oplodnje parovi se bore i sa stigmatizacijom, te nerijetko imaju osjećaj stida i otuđenosti od društva usljed izostanka roditeljstva (Gonzales, 2000; prema Jestrović, 2021). S obzirom da period liječenja neplodnosti može biti jako stresan posebno za žene, za njih je od velike značajnosti da imaju podršku svog partnera.

Izostanak podrške od strane partnera povezan je s većom količinom stresa, kao i većom zastupljenošću anksioznosti i depresije (Matsubayashi i sar., 2004; prema Jestrović, 2021). Pored socijalne podrške od strane partnera važno je da parovi imaju dostupnu i stručnu psihološku podršku, od strane psihologa ili psihoterapeuta. Psiholog ili psihoterapeut može pomoći da se uklone simptomi anksioznosti i depresije i da se jača komunikacija među partnerima, jer manjak komunikacije usljed stresa izazvanog neplodnošću ima loš učinak na ishod potpomognute oplodnje.

Objedinjujući dosadašnja teorijska razmatranja i rezultate empirijskih istraživanja, u ovom radu nastojat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je neplodnost i koji su osnovni uzroci neplodnosti? Koja su obilježja procesa potpomognute oplodnje kao tretmana neplodnosti?
2. Koji su psihološki aspekti neplodnosti i s kakvim se psihološkim izazovima suočavaju parovi tokom procesa potpomognute oplodnje?
3. Da li se stručna psihološka podrška može koristiti kao komplementarna metoda za liječenje neplodnosti i kakvu ulogu ima psiholog ili psihoterapeut tokom procesa potpomognute oplodnje?

## 2. NEPLODNOST I TRETMANI NEPLODNOSTI

### 2.1. Fertilitetna motivacija i želja za potomstvom

Roditeljstvo je jedna od najvažnijih tranzicija u životu svakog čovjeka jer mijenja svakog roditelja ponaosob, ali i njihov međusobni odnos (Papalia i Olds, 1992; prema Petričević, 2022). Rođenjem djeteta počinju da se mijenjaju odnosi između partnera, ali i njihov odnos prema okolini, svakodnevnim obavezama i aktivnostima, kao i prema roditeljima i članovima šire porodice. Prema tome odluka o rađanju djeteta nije jednostavna, ona podrazumijeva prihvaćanje promjena i žrtvovanja u životu roditelja, ali istovremeno i želju za ispunjenjem, potpunosti i životnim smislom (Cvetko, 2020). Autori Hoffman i Hoffman (1973) navode devet vrijednosti koje dijete ima za roditelja: 1. postizanje statusa odraslog i društvenog identiteta, 2. produžetak vlastitog bića, 3. moralna vrijednost, 4. uspostavljanje veza u porodici, 5. poticaj, radost i veselje, 6. postignuće, kreativnost, 7. mogućnost utjecaja i moći, 8. natjecanje i 9. društvena usporedba, ekonomski dobitak (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Međutim neke kategorije potencijalnih roditelja poput većeg stepena obrazovanja i usmjerenosti na zvanje, odbacuju roditeljstvo i vrijednost djeteta kao centralnu vrijednost čovjeka (Jones i Brayfield, 1997; prema Petričević, 2022).

Fertilitetna motivacija je želja za rađanjem djeteta, bez obzira na broj željene djece i bez obzira na vrijednosti koje pojedinac vezuje za rađanje djeteta. Na fertilitet pojedinca ili bračnog partnera djeluju sljedeće skupine varijabli: ciljevi (motivacija i stavovi), mogućnost ostvarenja ciljeva i donošenje odluke. Razumijevanje odrednica fertilitetne motivacije je razumijevanje ciljeva, mogućnosti i odluka pojedinca, ali i svih odrednica koje na te varijable djeluju (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Na osnovu istraživanja pokazano je da na fertilitetnu motivaciju utječu brojni faktori, počevši od bioloških, osobnih značajki potencijalnih roditelja (psihološke potrebe, stavovi i vrijednosti), socioekonomskih faktora (materijalno stanje, obrazovanje, zaposlenje, stambeno pitanje), kvalitete partnerskog odnosa potencijalnih roditelja do povijesno-društvenih okolnosti i unutarnjih normi vezanih uz fertilitetno ponašanje koje je pojedinac usvojio tokom socijalizacije u porodici djetinjstva i široj društvenoj sredini (Adler, 1997; Friedman i sar., 1994; Kohler i sar., 1999; Schoen i sar., 1997; prema Tucak Junaković i Ahmeti, 2011). Jedan od faktora je i bračno zadovoljstvo koje dovodi do većeg broja djece, međutim

postoji i obrnuta situacija kada ljudi smatraju da bi dijete poremetilo odnose u braku. Osim toga, ukoliko su supružnici psihološki odvojeni, tada žene imaju veću fertilitetnu motivaciju jer na taj način ispunjavaju jaz između njihovih muževa i njih samih (Rainwater, 1965; prema Petričević, 2022).

Motivacija za roditeljstvom ogleda se u ispunjenju pojedinih individualnih potreba, poput pružanja ljubavi djetetu, brige o njemu, osjećanja ispunjenosti, ali i potreba para i porodice, poput jačanja bračne stabilnosti i povećanja porodične ujedinenosti (Gyesook i sar., 2015; prema Jestrović i Mihić, 2018a). Kao širi teorijski okvir u proučavanju motivacije za roditeljstvom može se uzeti koncept generativnosti koji je Erikson razradio unutar svoje psihosocijalne teorije razvoja. Generativnost je definisao kao brigu za stvaranje i vođenje sljedećeg naraštaja (Erikson, 1984) i kao glavno obilježje sedmoga stadija razvoja ili srednje odrasle dobi. Prema Eriksonu roditeljstvo je najuobičajeniji, ali ne i jedini način izražavanja generativnosti (Tucak Junaković i Ahmeti, 2011). Prema Eriksonu motivacija za roditeljstvom je jedan od faktora za razvoj stabilnog identiteta (Erikson, 2008; prema Ražić Pavičić, 2021). Na smanjenje fertilitetne motivacije utiče sljedeće: širenje novih spoznaja o kontracepciji, povećanje ženine potrebe za autonomijom, teškoće s određivanjem majčinske i radne uloge, neravnomjerna opterećenja žene i muškarca u braku (Blake i Gupta, 1975; Peterson i sar., 2012; Boivin i sar., 2018; prema Petričević, 2022).

Kod žena koje se suočavaju s problemom neplodnosti javlja se osjećaj stalnog pritiska od okoline, odnosno kako im okolina stalno nameće razgovor na tu temu. U skladu s tim, motivacija za roditeljstvom kod neplodnih parova više je pod uticajem vanjskih faktora, nego što je to slučaj kod parova koji trudnoću mogu ostvariti prirodnim putem (Kapamardžija, 1989; prema Ražić Pavičić, 2021). U jednom od prvih istraživanja motivacije za roditeljstvom kod neplodnih parova koji su započinjali program vantjelesne oplodnje rezultati su pokazali da su žene naglašavale rodni identitet žene-majke, a muškarci uticaj socijalnih faktora na odluku o formiranju porodice (Newton i sar., 1992; prema Kričković-Pele i Zotović-Kostić, 2018). Kod većine žena motivi za roditeljstvom su intrinzični, međutim zbog socijalnog pritiska u vezi neplodnosti počinju da se javljaju i ekstrinzični motivi (npr. društvena odgovornost ili društveni status). Za žene koje se suočavaju s neplodnošću ovo je naročito problem jer spoljašnji zahtjevi mogu im otežati da prihvate svoju situaciju i prilagode se onom što je za njih već svakako distres (Cassidy i Sintovani, 2008; prema Radovanović i Jestrović, 2018).

## 2.2. Dobrovoljna i prisilna apstinencija od djece

S demografskog i sociopsihološkoga gledišta najzanimljiviji su pojedinci i bračni parovi koji ne žele imati djecu, iako bi to biološki mogli ostvariti. Prema tome, trenutni status s djetetom ili bez njega nije ono što određuje takvog pojedinca ili bračnu zajednicu nego jasno izražena namjera apstiniranja od djeteta. Opći zaključak istraživanja apstinencije od djece jeste da su norme u većini društava okrenute rađanju djece i roditeljstvu kao društvenoj vrijednosti, te su rijetki pojedinci koji društvene norme ne prihvaćaju kao vlastite. Uglavnom su to oni koji općenito odbacuju tradicionalne društvene vrijednosti i koji porodicu ne vide kao sredinu u kojoj roditelji djeci, a kasnije i djeca roditeljima pružaju brižnost i zaštitu. U istraživanjima koja su izdvojila neplodne brakove od onih koji su dobrovoljno odustali od djece, te onih koji namjeravaju imati djecu u budućnosti pokazano je da dobrovoljni i doživotni apstinenti od djece čine mali, ali stalan postotak populacije (3-4%) (Houseknecht, 1987; Jacobson i Heaton, 1991). Također, je pokazano da broj pojedinaca, a posebno žena koje nemaju namjeru imati djecu u svijetu raste (Heaton i Jacobson, 1999; Raymo, 1998; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Uobičajeni razlozi za apstinenciju od djece osim zadovoljstva brakom i slobode od odgovornosti uključuju i financijsku sigurnost i ženinu poslovnu karijeru. Prema tome, dobrovoljno su bez djece one žene koje su fakultetski obrazovane, koje imaju prestižna znanja i koje su jako posvećene svome poslu ili su bile jedine ili prvorođena djeca čiji su roditelji poticali postignuća i nezavisnost (Berk, 2008; prema Cvetko, 2020). U glavne motive dobrovoljne apstinencije od djece spadaju sljedeći: izbjegavanje brige i odgovornosti za odgoj djece, usmjerenost na karijeru žene, sumnja u svoje roditeljske sposobnosti kod žena, materijalni razlozi, te netrepeljivost prema djeci i ekonomska prednost života bez djece kod muškaraca (Houseknecht, 1987). Također, visoko obrazovanje, nereligioznost, položaj u dobro plaćenim zanimanjima i nestabilan brak smanjuju želju za rađanjem (Abma i sar., 1995; prema Petričević, 2002).

Neki ljudi nemaju djecu ne zato što ne žele, već zato što nisu pronašli partnera s kojim bi dijelili roditeljstvo ili nisu uspjeli u liječenju neplodnosti (Berk, 2008; prema Cvetko, 2020). Kod parova koji nemaju mogućnost da postanu roditelji, uprkos njihovoj snažnoj želji i trudu javlja se duboki osjećaj gubitka, a i patnja što utiče na njihovo emocionalno blagostanje, bračnu stabilnost,

odnose sa porodicom, društveni položaj i religioznost (Hammer Burns i Covington, 2006; prema Milovanović, 2018). Na osnovu sprovedenog intervjua sa 72 neplodne žene u Sjedinjenim Američkim Državama pokazano je da je jedna trećina ispitivanog uzorka neplodnih žena izjavila da asptinira od djece po slobodnom izboru, jer se pomirila sa stanjem kada joj je ustanovljena dijagnoza neplodnosti, te da je prihvatila takav način života bez djece i usmjerila se na budućnost. Te žene su imale osjećaj da su vlastitim izborom odustale od rađanja djece, jer su odustale od medicinskih tretmana da promijene stanje neplodnosti, ali i od teško ostvarive želje da imaju djecu. Ta odluka dala im je osjećaj nadzora nad vlastitim životom i osjećaj dobrobiti (Jeffries i Konnert, 2002). S druge strane, prisilna apstinencija od djece doživljava se kao neprekidan izvor stresa, te žene koje to ne prihvataju imaju značajno niži stepen životnoga zadovoljstva (McQuillan, Greil, White i Jacob, 2003; Beyer, Dye, Bengel i Strauß, 2004; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

### **2.3. Neplodnost i uzroci neplodnosti**

Iako većina bračnih parova vjeruje da može postići trudnoću i dobiti djecu kada to poželi, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, bar 50-80 miliona ljudi ima problem s neplodnošću (Numanović i sar., 2015; prema Šakotić-Kurbalija, Trifunović i Zotović, 2018). Neplodnost podrazumijeva nesposobnost začeca ili uspješnost završetka trudnoće tokom jedne godine, a u savremenim shvaćanjima, unutar dvije godine aktivnog nastojanja da se dobije dijete (Johansson i Berg, 2005; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Neplodnost osim što ima efekte na individuu, također, predstavlja nenormativnu životnu krizu koja utiče na bračnu, porodičnu i društvenu stabilnost (Burns i Covington, 2006). Opisuje se kao neočekivani životni događaj koji onemogućava parovima da ostvare jedan od najvažnijih ciljeva, a to je roditeljstvo (Koert i Daniluk, 2010; prema Jestrović, 2021). Prema tome, neplodnost može predstavljati i svojevrsnu međugeneracijsku i/ili porodičnu razvojnu krizu jer onemogućava proširenje porodice, odnosno kretanje para ka narednoj fazi bračnog i porodičnog života (Daly, 1999; prema Milovanović, 2018).

Problem neplodnosti je vrlo kompleksan, kako s medicinskog aspekta (jer obuhvata mnoštvo potencijalnih uzroka), tako i sa psihosocijalnog aspekta (jer zahvata sve sfere života bračnog para, njihov međusobni odnos, osjećanja, stavove o budućnosti, odnose s roditeljima,

prijateljima i kolegama) (Numanović i sar., 2015; prema Šakotić-Kurbalija, Trifunović i Zotović, 2018). Neplodnost u braku predstavlja vrlo ozbiljnu krizu, koja se može poistovjetiti s drugim teškim životnim krizama kao što su npr. gubitak voljene osobe ili rastava braka. Patnja zbog neplodnosti je patnja zbog činjenice da se ne može ispuniti želja za djetetom, te se vlastito tijelo počinje doživljati nesposobnim, a što u konačnici može rezultirati sumnjama u vlastitu vrijednost (Aničić, 2007).

Neplodnost je posljednjih godina u porastu i predstavlja jedan od značajnih problema današnjice. Odgađanje rađanja, želja za karijerom, učestale rastave, kasni ponovni brakovi i brojni socioekonomski faktori, dovode do toga da žene rađaju u dobi kada je plodnost već umanjena (Šimunić i sar., 2012; prema Štefanac, 2021). Na temelju prevalencije neplodnosti koja se kreće od 11,5-15,7% u Kanadi (Bushnik, Cook, Yuzpe, Tough i Collins, 2012), 12,6% u Indiji (Adamson i sar., 2011), 12% u SAD-u (Louis, Thoma, Sorensen i sar., 2013) i u Portugalu (Soares, Rodrigues i Barros, 2011), te 9% u Ujedinjenom Kraljevstvu (Boivin, Bunting, Collins i Nygren, 2007), neplodnost globalno predstavlja značajan javnozdravstveni problem (Lu, Huang i Lü, 2010; Ali, Shams i Kessani i Ali, 2015; prema Jurić Vukelić, 2021).

Liječenje neplodnosti je vrlo kompleksan proces na koji utiče veći broj faktora. Kao najvažniji smatraju se: trajanje neplodnosti, dob oba partnera (pogotovo žene) i uzrok koji je doveo do neplodnosti. Također, jedan od faktora koji se ne smije izostaviti je stres, koji je uzrokovan neplodnošću, ali i postupcima liječenja ili neuspjehom terapijskih postupaka (Ciglar, 2001; prema Friščić i Kušević, 2013). Liječenje neplodnosti provodi se dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji imaju za cilj uspješno ostvarivanje trudnoće (Bauman, 2009). U tretman neplodnosti potrebno je da se uključi tim profesionalaca koji čine: ljekar opšte prakse, internista, urolog, ginekolog, reproduktivni endokrinolog koji utvrđuje plan tretmana, nadzire brigu o pacijentu, zatim embriolog koji je zadužen za oplodnju jajnih ćelija, selekciju i rast embriona i medicinske sestre. Također, mnogi timovi uključuju i socijalnog radnika i psihologa koji obavljaju psihološku procjenu para, provode edukaciju, psihološko savjetovanje i pružaju podršku u pripremi za asistiranje reproduktivne tehnologije (Keye, 2006). Tretman neplodnosti zavisi od dijagnoze, a obuhvata promjenu životnih navika, primjenu antibiotika, lijekova za liječenje neplodnosti, hormonsku terapiju, hirurške intervencije, asistiranu reproduktivnu tehnologiju (intrauterina inseminacija i vantjelesna oplodnja) (Delle Piane i sar., 2011; prema Milovanović, 2018).

Pristup pri kojem liječnik etiketira jednog partnera kao jedinog „krivca“ za neplodnost je pogrešan i onemogućava prepoznavanje pravog uzroka. Važno je problem sagledati u cjelini i odabrati pravilan način liječenja odnosno uklanjanja svih prepreka koje otežavaju začeće (Jurković, 1996; prema Ujdur, 2016). Osnovno pravilo liječenja sastoji se u tome da se pokuša što prirodnijim, manje kompliciranim i manje invazivnim putem doći do željene trudnoće (Bauman, 2009). Hormonsko liječenje, hirurški zahvati reproduktivnih organa muškaraca i žena, a u novije vrijeme sve raširenija oplodnja *in vitro* pružaju većini bračnih parova priliku da dobiju vlastito dijete (Aničić, 2007). Danas najčešći i najznačajniji oblik liječenja neplodnosti predstavljaju metode potpomognute oplodnje (Štefanac, 2021).

Kao uzroci neplodnosti navode se sva oštećenja ili nedostaci kod bilo kojeg faktora koji sudjeluje u procesu stvaranja novog života (Peršec, 2013; prema Ujdur, 2016). Neplodnost može biti uzrokovana ženskim faktorom (35%), muškim faktorom (30%), u 20% parova riječ je o kombiniranom uzroku, a u 15% slučajeva se ne nalazi jasan uzrok neplodnosti (idiopatska neplodnost) (Bahtijarević i sar., 2016; prema Piskač, 2020). Primarni uzroci neplodnosti su poremećaj muškog sjemena (35%), smanjena rezerva jajnika ili poremećaj ovulacije (20%), poremećaji jajovoda i bolesti zdjelice (30%), abnormalnosti cervikalne sluznice (<5%) i neotkriveni faktori (10%) (Melkić, 2021). Najčešći uzrok neplodnosti kod muškaraca je abnormalnost stvaranja spermija, a kod žena ovulacijska disfunkcija i neprohodni jajovodi (Haxton i Black, 1987; prema Bauman, 2009). Među uzroke neplodnosti, također, spadaju i razne infekcije različitog porijekla, zagađeni okoliš, hrana, rad s opasnim materijama, stres, odlaganje rađanja i starenje, urođeni fizički defekti, te neplodnost koja ima psihičke uzroke (Aničić, 2007).

Jedan od najznačajnijih faktora povezanih s neplodnošću je dob. Kod žena se s povećanjem dobi smanjuje broj oocita, a preostali su lošijeg kvaliteta, što dovodi do veće učestalosti hromosomskih poremećaja i spontanih pobačaja (Crawford i Steiner, 2015), dok se kod muškaraca smanjuje kvaliteta, količina, pokretljivost i morfologija spermija (Belloc i sar., 2014; prema Ražić Pavičić, 2021). Učestalost neplodnosti kod žena koje su mlađe od 25 godina je 7%, dok je u dobi od 35-49 godina 22% žena neplodno (s tim da nakon 40-te godine, taj procenat iznosi preko 30%). Nakon 38. godine evidentan je povećan rast neplodnosti kod žena, te osim što teže mogu ostati trudne, puno je veća i vjerovatnoća pobačaja. Nakon 40-te godine postotak neplodnosti doseže visokih 50% (Vuković, 2014). Prema tome, za razliku od muškaraca žene su pod većim pritiskom jer njihovo vrijeme brže „istječe“ (Ujdur, 2016). Pored dobi,

faktorima rizika koji mogu ugroziti reprodukciju i dovesti do neplodnosti smatraju se i navike pušenja i pijenja, konzumiranje droga, gubitak ili dobitak tjelesne težine, način života, faktori okruženja i psihogeni stres (Berga, Parry i Moses-Kolko, 2017; prema Ražić Pavičić, 2021).

Postoje brojni uzroci neplodnosti na koje čovjek može uticati. Jedan je pretilost koja umanjuje plodnost i u žena i u muškaraca (Šimunić, 2012; prema Duvnjak, 2020). Danas se u svijetu smatra 21% žena pretilnim. Takve žene osim poremećene ovulacije imaju i u slučaju ostvarivanja trudnoće povećan rizik za spontani pobačaj (Wander Borghet i Wyns, 2018; prema Piskač, 2020). Još jedan od uzroka neplodnosti na koji se može uticati je pušenje, a pokazano je da pušenje za 20 do 30% povećava rizik od spontanog pobačaja i usporenog rasta fetusa. Također, prekomjerna upotreba alkohola ima nepovoljne učinke, umanjujući plodnost za 20 do 30% (Šimunić, 2012). Svi ti faktori zajedno sa stresom uzrokovanim modernim načinom života, lošom ishranom, neredovnim navikama spavanja, te mnogim drugim faktorima mogu uticati na plodnost (Meaney, 2012; prema Duvnjak, 2020).

Osim pomenutih faktora, u literaturi se navodi da neplodnost može imati i psihološke uzroke, a kao neki od najuobičajenijih navode se: a) pogrešno psihološko ponašanje bračnih parova koje proizlazi iz iskrivljene predodžbe o spolnom odnosu i porođaju; b) neuračunljiva potreba za bezuvjetnim i trenutnim posjedovanjem djeteta, što rezultira psihičkim, a posljedično i fizičkim stresom i c) neuroze koje proizlaze iz duboko ukorijenjenih uvjerenja, uključujući i to da su spolni odnosi ili porođaj grešni čin (Fikentscher, 1970; prema Podolska i Bidzan, 2011).

Kao značajan uzrok neplodnosti se navodi i psihološki stres, posebno hronični, koji utiče na plodnost na dva načina: direktno (tj. djelovanjem na hipotalmus i hipofizu i preko spazma jajovoda) i indirektno (preko vaginizma, dispareunije i frigidnosti) (Taymor i Bresnick, 1979; prema Milovanović, 2018). Povećano lučenje hormona kortizola uzrokovano stresom, dovodi do hormonske neuravnoteže i promjena u menstrualnom ciklusu, što u konačnici djeluje na plodnost kod žena (Friščić i Kušević, 2013).

## **2.4. Tretman neplodnosti kroz proces potpomognute oplodnje**

U prošlosti neplodnost se smatrala kao emotivni ili bihevioralni problem, pri čemu su parovi imali mogućnost da odluče da li da usvoje dijete ili da ostanu bez djece. Međutim razvojem asistiranih tehnika reprodukcije koncept neplodnosti se približava medicinskom

modelu, prema kojem se neplodnost smatra specifičnim zdravstvenim stanjem (Kapamadžija, 1989; prema Radovanović i Jestrović, 2018).

Prva beba koja je zečeta uz pomoć vantjelesne oplodnje rođena je 1978. godine u Engleskoj, a prema nekim procjenama 1% od ukupno rođene djece začeto je uz pomoć ove metode (Langdrige, Connolly i Sheeran, 2000; prema Radovanović i Jestrović, 2018). Potpomognuta oplodnja rezultat je razvoja bioloških i medicinskih nauka početkom 20.stoljeća. Radi se o kontroliranom i posebnom načinu oplodnje namijenjenom slučajevima gdje nije moguće ili nije poželjno ostvariti prirodnu oplodnju (Šimonović, 1997). Obuhvata sve postupke koje omogućuju spajanje spolnih stanica i postizanje začeca na drugačiji način od prirodnog (Ujdur, 2016). Međutim, cijena za tretman potpomognute oplodnje je vrlo visoka zbog troškova medicinskih intervencija i dugog postupka, čiji uspjeh je krajnje neizvjestan (Aničić, 2007).

Metode potpomognute oplodnje odnose se na postupke intrauterine inseminacije (IUI), vantjelesne oplodnje (IVF- *in vitro* fertilizacija) i intracitoplazmatske injekcije spermija (ICSI) (Vaegter i sar., 2017; prema Jurić Vukelić, 2021). Ove metode primjenjuju se tek kad prethodni konzervativni i operacijski postupci nisu pomogli paru s problemom neplodnosti u ostvarivanju trudnoće (Bauman, 2009). Postupci mogu biti homologni i heterogeni. Homologni uključuju liječenje gametama neplodnog para, a heterogeni uključuju liječenje samo jednom doniranom gametom (Šimunić i sar., 2012; Hoffman i sar., 2016; prema Štefanac, 2021). Homolognoj oplodnji se pristupa u slučajevima kada bračni par ne može dobiti dijete normalnim spolnim putem, zbog raznih bolesti, raznih vrsta impotencije, odsutnosti muža i sl., dok se heterogena oplodnja primjenjuje u slučajevima apsolutne neplodnosti muškarca ili kada se radi o zaraznoj ili nasljednoj bolesti (Šolić, 2002; prema Duvnjak, 2020). Procedura metoda potpomognute oplodnje podrazumijeva sljedeće faze (Kričković Pele, 2014):

- *pripremna faza* (uvid u opšte zdravstveno stanje para, medicinska dokumentacija o ranijim pregledima, ultrazvučni pregledi, laboratorijski nalazi, brisevi i sl.);
- *faza vještačkog menstrualnog ciklusa* (uzimanje kontraceptivnih pilula radi regulacije menstrualnog ciklusa);
- *faza stimulacije ovulacije* (hormonska terapija, svakodnevno primanje injekcija);
- *faza aspiracije jajnih ćelija* (uz kontrolu ultrazvučnog aparata, pod opštom anestezijom);
- *faza laboratorijske obrade jajnih ćelija, kultivacija i selekcija embriona*;
- *faza embriotransfera* (ubacivanje embriona u maternicu)

Nakon embriotransfera prati se razvoj embriona i čeka se rezultat vantjelesne oplodnje. Ukoliko dođe do trudnoće, ona se razvija kao i svaka druga prirodna trudnoća (Kričković Pele, 2014). Ukoliko se radi o negativnom nalazu, tada par može krenuti u novi postupak potpomognute oplodnje (Grbavac, 2020).

Postupak prolaska kroz sve faze potpomognute oplodnje često nije lagan, te ostavlja posljedice na psihofizičko zdravlje. Poremećaji se manifestuju na individualnom planu, u interpersonalnim odnosima između dvije osobe, ali i u odnosima sa sredinom (Benedikt, 1976). Emocionalni problemi s kojima se parovima susreću različiti su tokom različitih faza i zavise od brojnih unutrašnjih i spoljašnjih faktora (Stark, 2011; prema Kričković Pele, 2014). Pored niza prednosti koje ima potpomognuta oplodnja, također, može biti i uzrok psihičkog i finansijskog opterećenja, ali i niza komplikacija kao što su OHSS (sindrom hiperstimulacije jajnika), višeploidne trudnoće, ektopične trudnoće i pobačaji (Šimunić i sar., 2012; Hoffman i sar., 2016; prema Štefanac, 2021). Uspjeh potpomognute oplodnje je rađanje živog i zdravog djeteta, a pojedinačni uspjeh po ciklusu iznosi oko 12-35%. Pojedinačni uspjeh ovisi o metodi koja je odabrana, komorbiditetu, dobi žene, kvaliteti indukcije ovulacije, opremljenosti medicinsko potpomognutog centra, iskustvu osoblja i kvaliteti rada laboratorija za potpomognutu oplodnju (Melkić, 2021).

### **3. PSIHOLOŠKI ASPEKTI NEPLODNOSTI I IZAZOVI PROCESA POTPOMOGNUTE OPLODNJE**

Kao što je već ranije istaknuto, neplodnost utiče u velikoj mjeri na psihi i emocionalno stanje osobe (Friščić i Kušević, 2013; Nekić, Bekavac i Tucak Junaković, 2015; prema Bakić, 2020). Neplodnost ima značajne psihološke posljedice koje mogu dovesti do depresije i do osjećaja tuge. Osjećaj bespomoćnosti i vlastitih ograničenja je ono što je zajedničko svim ljudima koji su se susreli s problemom neplodnosti (Meaney, 2012; prema Duvnjak, 2020). Parovi najprije ispoljavaju šok, nevjericu i poricanje kao reakciju na dijagnozu neplodnosti (Jacobs i O'Donohue, 2007; prema Milovanović, 2018). Nakon toga javlja se anksioznost, promjena slike o sebi, ugrožen doživljaj vlastite ženstvenosti/muževnosti i promjena u partnerskim odnosima, „preuzimanje krivice“, pad samopoštovanja, povećana napetost među partnerima, te seksualni problemi (Gutman 1985; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). S vremenom osjećaji

gubitka kontrole, smanjenog samopoštovanja i hroničnog žalovanja mogu dovesti do depresije, anksioznosti i lošije kvalitete života (Rooney i Domar, 2018; prema Ražić Pavičić, 2021).

Psihološkim aspektom neplodnosti prvo su se bavile američka i zapadnoeuropska znanstvena zajednica, te je otkriveno da dijagnostički postupci kod neplodnosti dovode do znatne psihičke napetosti (Johansson i Berg, 2005; Peterson i sar., 2012; Savitz-Smith, 2007). U ovim istraživanjima autori su se zalagali za razumijevanje stanja neplodnosti, kontinuirano informisanje i terapijsko savjetovanje neplodnih parova (Kričković-Pele i Zotović-Kostić, 2018). Neplodnost je često označena kao tiha borba gdje većina neplodnih žena ne želi da dijeli svoju priču s porodicom ili prijateljima, pri čemu se na taj način povećava njihova psihološka vulnerabilnost (Rooney i Domar, 2018). Neplodnost je općenito nevidljiva širem društvu, pa se takvi parovi često osjećaju izoliranima i nepodržanima (Cassidy i Sintrovani, 2008; Whiteford i Gonzales, 1995). Međutim, ukoliko se u zajednici zna za neplodnost, tada se obično javlja stigmatizacija tih parova (Donkor i Sandall, 2007; prema Ražić Pavičić, 2021). Iskustvo neplodnosti koje par doživljava opisuje se kao stresno iskustvo manjeg ili većeg intenziteta s kojim je potrebno (iz)boriti se. Prema istraživanjima pokazano je da je problem neplodnosti povezan s visokim nivoima stresa, anksioznosti, ali i teškoćama u bračnom i seksualnom funkcionisanju (Wang i sar., 2007; prema Zotović, Trifunović i Šakotić-Kurbalija, 2018). Oba partnera, također, imaju problem sa samopoštovanjem zbog svoje neplodnosti, što može uticati na tok daljnjeg liječenja (Wright i sar, 1991; Conrad i sar, 2002; prema Malina i Pooley, 2017). Većina žena je svjesna da biološki sat utiče na njihov brak, karijeru, posao i stil života, što im nerijetko stvara dodatni pritisak, dok kod muškaraca to nije slučaj (Berga, Parry i Moses-Kolko, 2009; prema Friščić i Kušević, 2013).

Depresija, anksioznost, osjećaj lične nesposobnosti, kriza identiteta, negativna slika o sebi, praznina, osjećaj krivnje i niže vrijednosti, krivica prema partneru i seksualni problemi u istraživanjima su često zabilježeni kao posljedice neplodnosti (Peterson, 2007; prema Kričković Pele, 2014). Parovi koji prolaze kroz intenzivnu borbu za ostvarivanje trudnoće susreću se sa psihičkim barijerama koje utiču na proces liječenja neplodnosti, te im je neophodno razumijevanje i podrška okoline (Friščić i Kušević, 2013; Nekić, Bekavac i Tucak Junaković, 2015; prema Bakić, 2020). Nemogućnost začeca je izvor ekstremno visoke razine frustracije i stresa (Mamata i sar., 2015). U svakodnevni život se unose brojne i različite brige: strah od invazivnosti liječenja i potencijalnih negativnih zdravstvenih posljedica, nesigurnost i

neizvjesnost ishoda uz nisku kontrolu nad ishodom i teško održavanje nade i optimizma u vezi ostvarivanja trudnoće (Campbell, Dunkel-Schetter i Peplau, 1991; prema Jurić Vukelić, 2021).

Parovi koji se suočavaju s neplodnošću moraju balansirati između svog cilja da se ostvare u roditeljskoj ulozi i drugih prioriteta koji se javljaju istovremeno, a koji ponekad djeluju suprotstavljeno. Pri tome, neuspješan tretman se može negativno odraziti na mentalno zdravlje jednog ili oba partnera, na njihovu financijsku situaciju ili kvalitetu partnerskog odnosa (Philips, Elander i Montague, 2014; prema Jestrović i Mihić, 2020a). Dodatni zahtjevi procesa liječenja neplodnosti mogu dovesti do narušenog suportivnog odnosa između partnera, bitnog za suočavanje sa stresom (Martins, Peterson, Almeida i Costa, 2011), te do prekida partnerskog odnosa (Kagami i sar., 2012). Tome doprinosi i korištenje različitih mehanizama suočavanja sa stresom vezanim za neplodnost, pri čemu su muškarci skloniji primjeni strategije distanciranja, a žene preferiraju konfrontacijske pristupe i traženje potpore (Peterson, Pirritano, Christensen i Schmidt, 2008; prema Ražić Pavičić, 2021).

Žene doživljavaju neplodnost kao izvor stresa i negativnih osjećaja samo ako u svijesti čvrsto povezuju majčinstvo sa srećom i životnim zadovoljstvom. Usredotočenost na vlastitu neplodnost povećavat će negativne emocije i depresiju, a s druge strane ako žena izbjegava da se suoči s problemom i ako odbija da ga prizna, to će dovesti do dugotrajnijih nepoželjnih posljedica, kao što su bračni sukobi i depresija (Brothers i Maddux, 2013; Berghius i Stanton, 2002; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Utvrđen je uticaj različitih faktora koji su uključeni u krajnji rezultat liječenja neplodnosti, a oni uključuju osobine pojedinca, prilagodljivost, očekivanja od strane društva, podršku okoline, znanje o reproduktivnim procesima, te stav prema liječnicima uključenim u terapiju. Osjećaj panike, bespomoćnosti i gubitka kontrole narušava samopouzdanje, zdravlje i osjećaj integriteta. Par je preplavljen kompleksnošću, invazivnošću, nesigurnošću i cijenom koje su vezane uz medicinsku intervenciju (Vuković i sar., 2008; prema Bedalov 2016).

Medicinski tretman neplodnosti može biti invazivan, dugotrajan, bolan, neprijatan, skup i može imati veliki uticaj na seksualni i reproduktivni život para, kao i na njihovu financijsku situaciju (Stanton, 1991; Klock, 2006). Procedure dijagnoze i tretmana tehnički su veoma komplikovane, parovi se suočavaju s novim terminima i svijetom medicinske tehnologije, cikličnim zahtjevima tretmana, neizvjesnošću, nepoznanicama i činjenicom da mnogo toga zavisi od spoljašnjih faktora (Ramya, 2014). Donošenje odluka o daljnim postupcima i opcijama može

biti stresno, kao i svakodnevno provođenje aktivnosti povezanih s tretmanom. Pored navedenog, mnogi tretmani uključuju detaljno praćenje koje zahtjeva česte posjete ljekarima, što može imati negativan uticaj na profesionalne obaveze i odsustva s posla (Jacobs i O'Donohue, 2007; prema Milovanović, 2018). Intenzivan stres koji parovi doživljavaju tokom procesa potpomognute oplodnje kao što su neizvjesnost začeca, intruzivan pristup tijelu (svakodnevno dobivanje injekcija, ispitivanje krvi, davanje uzoraka sperme itd.), izloženost donošenju teških odluka (npr. koliko embrija će se prenijeti), također, utiče na psihičko zdravlje, što se posljedično odražava i na reproduktivno zdravlje (Eugster i Vingerhoets, 1999; van Loendersloot i sar., 2010; prema Ražić Pavičić, 2021).

Jedan od važniji izazova s kojima se susreću ovi parovi jeste naučiti kako se lično nositi s neplodnošću i njezinim liječenjem, u odnosu s partnerom i u interakcijama s porodicom, prijateljima i saradnicima (Schmidt, 1996; prema Schmidt, 2009). Tokom tretmana neplodnosti gotovo svi parovi dožive gubitak privatnosti kada dolaze u kontakt s liječnicima, medicinskim osobljem, psiholozima i laboratorijskim osobljem. Intimnost kao sastavni dio braka je obično dovedena u iskušenje kada seksualna intima na neki način počinje da ovisi o tehnologiji (Bedalov, 2016). Parovi interakcije s ljekarima i medicinskim sestrama tokom tretmana neplodnosti s jedne strane mogu percipirati kao podržavajuće, a s druge strane se mogu osjećati kao samo još jedan od neplodnih pacijenata u nizu, što u konačnici povećava osjećaj neshvaćenosti i izostanka podrške (Ridenour, Yorgason i Peterson, 2009; prema Jestrović i Mihić, 2020b). U istraživanjima je pokazano da pacijentice često upućuju zamjerke načinu na koji se ljekari nose s njihovim negativnim emocijama koje se javljaju tokom različitih faza tretmana, ali i izostanku vještina savjetovanja i pružanja osnovne psihosocijalne podrške (Peddie, van Teijlingen i Bhattacharya, 2005). Također, izazovi s kojima se ovi parovi susreću tokom tretmana neplodnosti su i invazivne tehnike koje se primjenjuju (Fekkes i sar., 2003), a koje ne ostvaruju samo negativne efekte na percipirani stres, već i na bračni odnos (Pasch i Christensen, 2000; prema Jestrović, 2021).

Geografska udaljenost, odnosno, dostupnost klinika u kojima se sprovode tretmani se, također, izdvaja kao bitan faktor. Navedeni resurs povezan je i s finansijama, s obzirom da je potrebno izdvojiti dodatna sredstva za putovanje i smještaj tokom tretmana, ukoliko se proces potpomognute oplodnje ne sprovodi u mjestu stanovanja para (Ridenour i sar., 2009; prema Jestrović, 2021).

### 3.1. Uticaj psihe na neplodnost

Mentalni poremećaji poput reakcija na teški stres, depresije, poremećaja spavanja, poremećaja hranjenja i ovisnosti, negativno utiču na plodnost žena i muškaraca. Ovi poremećaji modifikuju funkcionisanje endokrinih žlijezda i imunog sistema, što može dovesti do smanjenog fertiliteta (Szkodziak, Krzyżanowski i Szkodziak, 2020). Također, svi stresni događaji koji se akumuliraju u ranim fazama života mogu negativno uticati na reproduktivno zdravlje (Gleason, Shenassa i Thoma, 2020; prema Ražić Pavičić, 2021). U istraživanju Kumbak i sar. (2010) opisuje se primjer gdje kod žena koje su oboljele od anoreksije dolazi do prestanka ovulacije, kada njezina psiha to prepozna kao znak da nije u stanju da iznese trudnoću i da doji dijete (Erikson, 1984; prema Friščić i Kušević, 2013).

Psiha utiče na plodnost žena na tri različite razine. Na površinskoj razini može se uočiti direktan psihološki uticaj (npr. žalovanje zbog smrti bliske osobe može inhibirati ovulaciju- prema nekim autorima žena tada nije još uvijek spremna zamijeniti izgubljenu osobu novom). Na dubljoj razini djeluju nesvjesni faktori kao što su: a) potisnuta krivnja ili osjećaj srama povezani s prijašnjim događajima (npr. prekidom trudnoće); b) tragični događaji u porodici (npr. rođak koji je umro u djetinjstvu); c) zastrašujuće priče o porođaju od strane prijatelja ili medija; d) osjećaj krivnje i žaljenja ako se na trudnoću gleda kao na prepreku za uspjeh u karijeri i e) nezadovoljavajući ili neriješeni odnos s majkom (u ovom slučaju žene često usmjeravaju svoju kreativnu energiju u postizanju visokih ciljeva i stvaraju kompleksan emocionalni svijet vezan uz plodnost i majčinstvo, nesvjesno prezirući svoje majke i gledajući s ljubomorom na njihovu plodnost). Na najdubljjoj razini, nesvjesni faktori proizilaze iz ranog psihološkog razvoja. Tako, naprimjer, prema Eriksonovoj epigenetskoj teoriji, ukoliko pojedinac nije postigao razinu generativnosti to može biti psihogeni uzrok neplodnosti, odnosno ta osoba emocionalno nije spremna na roditeljstvo (Erikson, 1984; prema Friščić i Kušević, 2013)

Kada su u pitanju muškarci, razlikuju se dva psihogena puta koja utiču na njihovu plodnost: a) direktni (npr. potreba za spolnim odnosom baš u vrijeme ovulacije može uzrokovati privremenu impotenciju koja je izvan toga normalna) i b) indirektni (koji je generalno manje istraživani). Sve u svemu, utjecaj psihe na kvalitetu sjemena slabo je razjašnjen i treba ga dodatno istražiti (Erikson, 1984; prema Friščić i Kušević, 2013).

### 3.2. Uticaj neplodnosti na psihu

Većina žena stvara sliku o djetetu koje će imati jednog dana. Kada je sposobnost žene da se ostvari kao majka ometena to može da uvjetuje i pravi proces žalovanja. Prema nekim aspektima žalovanje za neostvarivanjem potomstva može biti veće od žalovanja za nekim voljenim osobama. Te žene žaluju za nečim što je očekivano trebalo biti, a što duboko zadire u nagonsku sferu ličnosti, te u aspekt ega i superega. Takvo žalovanje može biti dugotrajno, i ponovno se pojaviti u menopauzi, i kada generacijski prijatelji žene postanu nane i djedovi (Pawson, 2007; prema Friščić i Kušević, 2013).

Jedna od mogućih posljedica uticaja neplodnosti na psihu je depresija. Žene koje imaju poteškoća da se ostvare kao majke osjećaju se drugačije, manje vrijedne, što stvara duboku frustraciju koja ima uticaj na izgradnju nekih aspekata osobnog identiteta (Pawson, 2007; prema Friščić i Kušević, 2013)

Stres je jedan od važnijih uticaja neplodnosti na psihu (Pawson, 2007; prema Friščić i Kušević, 2013). Stres zbog neispunjenja želje za djetetom povezan je s ljutnjom, depresijom, bračnim problemima i osjećajem bezvrijednosti. Partneri mogu postati zabrinutiji za začecje, što povećava seksualnu disfunkciju i osjećaj bezvrijednosti. Bračna nesloga često se razvija kod neplodnih parova, osobito kada su pod pritiskom donošenja medicinskih odluka. Parovi doživljavaju stigmatu, osjećaj gubitka i smanjeno samopouzdanje (Nachtigall, Becker i Wozny, 1992; prema Deka i Sarma, 2010). Kod osoba koje su suočene s problemom neplodnosti komentari njihovih prijatelja i porodice o djeci, sadržajima vezanim za djecu, odgoju djece i sl. predstavljaju izvor visoke razine stresa, a da pojedinci koji nisu suočeni s tom problematikom toga uopće nisu svjesni. Osjećaj krivnje se često vezuje uz nemogućnost ostvarenja roditeljstva, ali i nemogućnost nastavljanja generacije. Također, sram je neugodan i bolan osjećaj koji prati parove s problemom neplodnosti. Sljedeći mogući negativan uticaj neplodnosti na psihu je gubitak samopouzdanja, a očituje se u tome da se žena osjeća bezvrijedno, prazno, a to utiče na njenu vezu i posao (Pawson, 2007; prema Friščić i Kušević, 2013).

Nemogućnost ostvarivanja roditeljstva stvara probleme u vezi, koji se očituju u pogoršanju interpersonalnih odnosa, pa sve do ostavljanja osobe koja se smatra „krivom za neplodnost“. Tuga kao problem koji prati neplodnost ponekad je toliko duboka i velika tako da se

potiskuje, a sram, ljutnja, ljubomora, strah i zavist izlaze na površinu. Kao posljedica toga to se odražava na partnera, prijatelje i kolege na poslu (Pawson, 2007; prema Friščić i Kušević, 2013).

### **3.3. Kvaliteta života žena tokom tretmana neplodnosti**

Sa svojim kompleksnim tretmanima i različitim stresorima neplodnost se može manifestovati kao hronično fizičko oboljenje (Kainz, 2001). S obzirom na specifičnosti problema i uticaj na individualni distress, bračni odnos i socijalne interakcije, neplodnost i njegovo liječenje mogu imati značajne negativne posljedice na kvalitetu života žena (Rashidi i sar., 2008; Ragni i sar., 2005). Žene s problemom neplodnosti u odnosu na muškarce izvještavaju o nižoj kvaliteti života (Moura-Ramos i sar., 2010) i više izraženom bračnom nezadovoljstvu (Valsangkar i sar., 2011). Također, ispoljavaju više bodovne rezultate na skalama somatizacije, opsesivnih simptoma, interpersonalne osjetljivosti i fobije, ali više vjeruju da im psihološka pomoć može pomoći za prevladavanje problema (Kissi i sar., 2013; prema Milovanović, 2018). Žene su te koje nose psihološki teret neplodnosti, one prolaze kroz većinu invazivnih postupaka, odgovorne su za praćenje svojih menstrualnih ciklusa i prave promjene u svom rasporedu kako bi se prilagodile režimima liječenja (Abbey, Andrews i Halman, 1991; prema Cousineau i Domar, 2007). Većina žena koje su podvrgnute dugotrajnim postupcima potpomognute oplodnje imaju visok stepen straha, anksioznosti i depresije, što može biti razlog za daljnje neuspjehe liječenja. Dugotrajni, psihološki i ekonomski teški postupci potpomognute oplodnje kod žena izazivaju različite emocionalne reakcije. Takve emocionalne reakcije uveliko ovise o fazi liječenja, vrsti primijenjenog terapijskog postupka i o dužini vremena u kojem je par liječen od neplodnosti pokušavao začeti dijete (Podolska i Bidzan, 2011).

Postupci potpomognute oplodnje mogu trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina što ukazuje na postojanje kratkoročnih i dugoročnih posljedica na kvalitetu života povezanu sa zdravljem žena, muškaraca i parova u postupku liječenja. Period liječenja neplodnosti potpomognutom oplodnjom može biti jako stresan za par. Ovo se naročito odnosi na ženu s obzirom da u postupku potpomognute oplodnje mora dobivati injekcije svakodnevno kako bi se na taj način stimulirala ovulacija. Svakih nekoliko dana mora dolaziti u bolnicu radi praćenja rasta folikula pomoću ultrazvučnog pregleda, a na kraju samog postupka mora se podvrgnuti transvaginalnoj aspiraciji oocita. Nakon oplodnje oocita sa spermijima u laboratoriju u

optimalnoj situaciji dolazi do razvoja embrija koji se zatim vraća u maternicu. Iz navedenog se može zaključiti da različiti klinički faktori mogu uticati na kvalitetu života žena koje su u postupku potpomognute oplodnje (Grbavac, 2020).

U istraživanju u kojem su evaluirane različite mjere psiholoških poteškoća kod 160 žena u procesu potpomognute oplodnje i njihovih partnera, pokazano je da su žene imale znatno višu razinu anksioznosti, poteškoća u funkcioniranju povezanih s neplodnošću i percipiranog stresa općenito (Pawson, 2007). Istraživanje u kojem je 601 pojedinac upućen na tretman neplodnosti pokazalo je da su i blagi i ozbiljni simptomi anksioznosti češći kod žena (24%) u odnosu na muškarce (7%) (Peterson, Newton i Feingold, 2007; prema Jurić Vukelić, 2021). Na osnovu sprovedenih kvalitativnih studija rezultati su pokazali da žene koje se suočavaju s neplodnošću suočavaju se i s visokom razinom emocionalnog bola tokom svakog dana (Deveraux i Hammerman, 1998), a emocionalni i psihološki bol je dominantniji od fizičkog bola tokom sprovođenja tretmana (Redshaw i sar., 2007; prema Jestrović, 2021). Žene s dijagnozom neplodnosti često osjećaju odgovornost zbog nemogućnosti začeca, te doživljavaju frustraciju, ljutnju i tugu, te na taj način dovode u pitanje svoj osjećaj ženstvenosti i cjelokupnog identiteta (Domar i sar., 2012; prema Jurić Vukelić 2021). Prema nekim autorima oko 64% žena koje prolaze kroz postupak potpomognute oplodnje u riziku su od razvoja nekog oblika emocionalne neprilagođenosti (Huppelschotten i sar., 2013). Jedan od objašnjenja ovih rezultata može biti i taj što se roditeljstvo češće povezuje s majčinstvom nego s očinstvom (Peterson, Newton, Rosen i Skaggs, 2006). Također, smatra se da žene češće doživljavaju i veću razinu stresa od muškaraca jer su tjelesno više uključene kako u dijagnostiku, tako i u samo liječenje neplodnosti (Peterson i sar., 2009; Peterson i sar., 2006; Morrow, Thoreson i Penney, 1995; prema Nekić, Bekavac i Tucak Junaković, 2015).

### **3.4. Stigmatizacija i diskriminacija u porodici i društvu**

Iako je majčinstvo viđeno kao nešto što prirodno slijedi nakon braka, postoje određene razlike u kulturama. U onim kulturama gdje je uredu da se ne bude roditelj, neplodnost je posmatrana kao prikrivena socijalna stigma, s obzirom da se ne zna da li par ne može imati djece ili je to njihov izbor (Greil, 1991). S druge strane, u manje razvijenim društvima, gdje je jasno da se radi o neplodnosti, zastupljena je intenzivnija stigma (Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard i

van der Spuy, 2005). Parovi koji se suočavaju s neplodnošću, tokom borbe za ostvarivanje u roditeljskoj ulozi i ispunjenje društvenih očekivanja bore se sa stigmom, osjećajem stida i otuđenosti od društva (Gonzales, 2000). Prema nekim autorima društveno očekivanje da pojedinci u odraslom dobu postanu roditelji je u osnovi krize identiteta koja se može javiti kod ovih ljudi (Burns 2005). Kao posljedica stigme kod muškaraca i žena javlja se nemogućnost da sebe posmatraju izolovano od neplodnosti, te dominantan osjećaj neuspjeha i nedoraslosti, što u konačnici rezultira smanjenim samopouzdanjem i osjećajem dostojanstva (Burns i Covington, 2006; prema Jestrović, 2021).

U kulturama u kojima se roditeljstvo visoko vrednuje, dijete predstavlja ključni faktor za sticanje socijalnog statusa i predstavlja značajan dio identiteta žene, te žene koje su neplodne visoko su stigmatizirane. Osim ličnog razočaranja, ovi parovi bore se i sa socijalnom izolacijom, a ponekad se i sami izoluju, npr. izbjegavaju mjesta na kojima ima djece kako bi na taj način izbjegli pitanja o djeci (Bhatti i sar., 1999; prema Jestrović, Mihić i Radovanović, 2016). Žene koje nisu majke, bilo svojom voljom ili zbog neplodnosti stigmatizirane su u mnogim društvima, s obzirom da nisu ispunile očekivanu ulogu žene (Granek i Nakash, 2017). Stigmatizacija ima negativne posljedice na zdravlje žena zbog distresa, ali i zbog pritiska da se podvrgnu beskrajinim ciklusima liječenja neplodnosti (Benyamini, Gozlan i Weissman, 2017; Neter i Goren, 2017; prema Ražić Pavičić, 2021). Neka istraživanja govore o većoj stigmatizaciji žena koje se suočavaju s neplodnošću u odnosu na muškarce (Slade, O'Neill, Simpson i Lashen, 2007). U prilog govore i rezultati istraživanja sprovedenih u Africi, gdje je pokazano da žene doživljavaju najveći pritisak od strane porodice supruga, s obzirom da je majčinstvo viđeno kao osnovni zadatak svake žene (Hess, Ross i Gililand Jr, 2018; prema Jestrović, 2021).

Kaur i Ricciardelli (2017) u svom istraživanju su pokušali pokazati kako stigmatu doživljavaju žene koje su prvo označene kao „neplodne“, a kasnije kao „umjetno plodne“. Rezultati istraživanja su pokazali da se te žene osjećaju osramoćeno i često su osuđivane od okoline. Kao posljedica ove stigme, žene mogu biti izložene različitim stresorima, kao što je emocionalni, fizički i stresori u vezi. Mogu izgubiti samopouzdanje, osjećati se poniženo, diskriminirano, pa čak mogu izgubiti svoj status ili položaj. Rezultati istraživanja Kričković Pele (2014) pokazali su da žene koje nemaju djecu najviše su izložene diskriminaciji na poslu, zatim od strane partnerove rodbine i susjeda. Također, uprkos tome što su roditelji izloženi stigmati, kod njih se javlja strah da postoji rizik da bi i njihova djeca, koja su začeta na ovaj način, mogla biti

izložena stigmatizaciji ili označena kao drugačija (Faccio i sar., 2019; Ranjbar i sar., 2015). Osobe koje su neplodne ili koje su uključene u proces potpomognute oplodnje izbjegavaju stupiti u kontakt s osobama koje imaju određene predrasude. Često „teže“ prikrivanju ili tajnama kao mehanizmu izbjegavanja stigme (King i Botsford, 2009). Rezultati istraživanja pokazuju da žene često koriste ovaj mehanizam kako bi izbjegle stigmom i njezine posljedice, te one o ovoj temi razgovaraju s nekoliko bliskih prijatelja koje smatraju osobama od povjerenja (Remennick, 2000; Kaur i Ricciardelli, 2017; Faccio i sar., 2019; Ranjbar i sar., 2015). Istraživanja pokazuju da većina ovih žena nije spremna razgovarati o ovoj temi s kolegama na poslu, pa im je smišljanje isprika za izostanak s posla dodatni izvor stresa (Kričković-Pele i Zotović-Kostić, 2018; prema Skrobić i Pucarević, 2021).

### **3.5. Najčešći psihološki problemi koji se javljaju tokom procesa potpomognute oplodnje**

Donošenje odluke za liječenje neplodnosti potpomognutom oplodnjom važan je životni događaj, a sam proces je stresan (Eugster i Vingerhoets, 1999) i izaziva anksioznost zbog nesigurnosti i očekivanja koji su s njim povezani (Berga, Parry i Moses-Kolko, 2017). Liječenje neplodnosti uključuje značajan gubitak kontrole nad dnevnim aktivnostima, tjelesnim funkcijama, emocijama, seksualnim odnosima (Matthews, Matthews, 1986), planiranjem budućnosti i ispunjavanjem životnih ciljeva. Takve osobe smatraju da drugi imaju kontrolu nad njihovim životom, tijelom i emocijama (Stanton, Dunkel-Schetter, 1991). Zajednička osobina pacijenata koji su uključeni u ciklus liječenja neplodnosti je poricanje, koje može dovesti do nepovjerenja i nerealnih očekivanja. Neuspjeh se pripisuje intervenciji, a ne razlogu zbog kojeg je intervencija bila potrebna. Pored poricanja pacijenti koji su u procesu potpomognute oplodnje obično imaju osjećaj krivnje, a radi se o uznemirujućim emocijama koje se često prenose na druge (Dunkel Schetter i Lobel, 1991; prema Ražić Pavičić, 2021).

Boivin (2002) ukazuje na niz faktora rizika za razvoj psiholoških problema koji se javljaju tokom terapije neplodnosti. On razlikuje tri primarne skupine faktora:

- osobni - uključuju prethodnu psihopatologiju (npr. poremećaji ličnosti, depresija), primarnu neplodnost, percepciju roditeljstva kao primarnog cilja života odraslih;

- situacijski ili društveni faktori - uključuju loše bračne odnose, lošu društvenu mrežu i situacije ili osobe koje podsjećaju par na problem, kao što su trudnice, bebe, porodični sastanci, praznici;
- treća skupina faktora odnosi se na liječenje i uključuje neželjne efekte (npr. promjene raspoloženja), situacije koje ugrožavaju trudnoću (npr. pobačaji, neuspjesi u liječenju), trenutak donošenja važnih odluka (npr. prekid terapije) (Podolska i Bidzan, 2011).

Kada par otkrije da ima teškoće s ostvarivanjem željene trudnoće i kada utvrdi da imaju problem neplodnosti suočavaju se s nizom negativnih reakcija. Svakog menstrualnog ciklusa prolaze kroz „emocionalni roller coaster“. Svaki sljedeći tretman za njih predstavlja novu nadu, a istovremeno se boje neuspjeha, s čim se ovi parovi teško nose (Alesi, 2005). Te intenzivne emocije smjenjuju se ciklično. Prilikom početka liječenja dolazi do snižavanja stresa i javlja se optimizam sa započinjanjem tretmana. U ovoj fazi obično dolazi do formiranja nerealno visokih očekivanja (Hammarberg, Astbury i Baker, 2001). Period od embriotransfera do saznanja rezultata odnosno odgovora na pitanje da li je došlo do oplodnje karakteriše povećana anksioznost. Anksioznost se javlja usljed neizvjesnosti tokom iščekivanja rezultata. Pojava menstruacije ili negativan test na trudnoću dovode do razočaranja, tuge, osjećaja gubitka jer njihova visoka očekivanja koja su formirali na početku tretmana nisu ispunjena (Franco i sar., 2002). S vremenom tugovanje se smanjuje i parovi opet počinju da razmišljaju o novom postupku potpomognute oplodnje gdje se njihove emocije opet smjenjuju (Alesi, 2005; prema Jestrović, 2021).

Prema istraživanjima koja su mjerila nivo stresa pokazalo se da se on razlikuje po fazama ciklusa i da tenzija raste kako on odmiče. Nakon embriotransfera, odnosno perioda iščekivanja kada će se vidjeti da li je došlo do trudnoće zabilježen je najveći nivo stresa i nestrepljenje (Piterson, 2007). Tokom tog „kritičnog perioda“ parovi imaju najmanje kontakta sa IVF timom i ne sastaju se često s porodicom i prijateljima ne bi li na taj način izbjegli pitanje: „Jeste li trudni?“ (Kričković Pele, 2014). Smatra se da je stres glavna poveznica psiholoških problema i lošijeg ishoda liječenja. Stres može biti pokretač, ali i uzrok nemogućnosti začeća, što se dokazalo mjerenjem razina hormona noradrenalina i kortizola u folikularnoj tekućini oocita i perifernoj plazmi (An, Wang, Ji, Zhang i Wu, 2011; Li i sar., 2011; prema Friščić i Kušević, 2013).

Kod pacijenata koji su u procesu liječenja neplodnosti metodama potpomognute oplodnje najčešći psihološki problemi su depresija i anksioznost (Friščić i Kušević, 2013). Klinički značajno visoka razina anksioznosti može se javiti kao rezultat visoke nesigurnosti u vezi ishoda metoda liječenja, dok visoka razina depresivnosti kao rezultat osjećaja gubitka i nedostatka kontrole (Jurić Vukelić, 2021).

Pojava izrazite anksioznosti koja otežava da se pravilno slijede protokoli vezani za potpomognutu oplodnju može biti tumačena financijskim poteškoćama, interferencijom s karijerom, a može se raditi i o nesvjesnom strahu npr. od majčinstva ili medicinskih intervencija (Badinter, 2013; prema Bedalov, 2016). Visoku razinu anksioznosti vezanu uz postupke potpomognute oplodnje pacijentica će najvjerojatnije nastojati objasniti popratnim izazovima npr. financijskim, vremenskim, porodičnim ili poslovnim, a zapravo se radi o strahu od medicinskih intervencija ili o strahu od izazova i zahtjeva roditeljske uloge s kojom još nema iskustva (Ruiz, 2000). Suočavanje s određenom vjerojatnošću neuspjeha, fizički i psihički naporan i bolan postupak IVF-a, očekivanja bliskih osoba, osjećaj krivnje zbog nemogućnosti ostvarenja partnerove želje za roditeljstvom, samo su neki od uzroka visoke razine anksioznosti (Glover, Gannon i Abel, 1999). Vremenska i financijska zahtjevnost tretmana, smanjeno zadovoljstvo odnosima s bliskim osobama i percepcija nedostatka stručnosti medicinskog osoblja (Van den Broeck i sar., 2009) doprinosi negativnim emocionalnim reakcijama, razini stresa i odustajanju (Domar i sar., 2012; prema Jurić Vukelić, 2021).

Izraženi simptomi depresije povezani su s otežanim funkcioniranjem i visokom razinom stresa kod pacijentica, ali i njihovih partnera (Rockliff i sar., 2014; Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin i Demyttenaere, 2010). Simptomi depresije mogu uticati na volju pacijentice da nastavi s tretmanom. Kako je pokazalo istraživanje na više od 39000 žena u postupku potpomognute oplodnje gdje je prosječan broj započetih ciklusa značajno niži kod žena s prisutnim simptomima depresije (Sejbaek, Hageman, Pinborg, Hougaard i Schmidt, 2013; prema Jurić Vukelić, 2021). Pojava depresije u procesu potpomognute oplodnje povezana je s manjim brojem aspiriranih oocita, ali nije povezana s brojem spermija, nego s njihovim motilitetom (Gürhan, Akyüz, Atici i Kisa, 2009). Što je više neuspjelih ciklusa potpomognute oplodnje, depresija poprima težu kliničku sliku (Lok i sar., 2002), koja nakon tri godine liječenja neplodnosti ne raste više toliko brzo ili stagnira (Kee, Jung i Lee, 2000; prema Friščić i Kušević, 2013).

U istraživanju koje je sprovedeno u Italiji na 1000 parova, rezultati su pokazali da je 14,7% žena pokazivalo simptome anksioznosti, a 17,9% simptome depresije, dok je kod muškaraca 4,5% pokazivalo simptome anksioznosti i 6,9% simptome depresije (Chiaffarino i sar., 2011; prema Friščić i Kušević, 2013). U drugom istraživanju sprovedenom u Kaliforniji na uzorku od 352 žene i 274 muškarca pokazano je da je 56% žena i 32% muškarca prijavilo značajne simptome depresije, a 76% žena i 61% muškaraca prijavilo značajne simptome anksioznosti (Pasch i sar., 2016; prema Rooney i Domar, 2018). U istraživanju koje je sprovedeno u Saudijskoj Arabiji ispitano je 406 pacijenata oba spola tokom postupka potpomognute oplodnje. Primijenjena je validirana arapska verzija MINI međunarodnog neuropsihijatrijskog strukturiranog intervjua za procjenu 18 učestalih mentalnih poremećaja. Kod 30% muškaraca i 36,9% žena pronađeni su simptomi mentalnih poremećaja. Depresija (21,7%) i anksioznost (21,2%) su najčešće dijagnoze kod oba spola. Znatno veći broj ženskih ispitanica je izražavalo suicidalne misli, a znatno veći broj muškaraca je imalo bipolarni poremećaj i poremećaj ovisnosti (Alosaimi, Altuwirqi, Bukhari, Abotalib i BinSaleh, 2015; prema Jurić Vukelić, 2021).

Neuroticizam je najčešća osobina ličnosti kod parova koji su u procesu potpomognute oplodnje i imaju simptome anksioznosti i/ili depresije (Volgsten, Ekselius, Poromaa i Svanberg, 2010). Bespomoćnost i bračno nezadovoljstvo rizični su faktori za razvoj anksioznosti i depresije, a zaštitni faktori su prihvaćanje i podrška okoline (Verhaak i sar., 2005; prema Friščić i Kušević, 2013).

Aleksitimija je, također, jedan od psiholoških problema koji se javlja tokom postupka liječenja neplodnosti (Lamas i sar., 2006; Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl i Liedtke, 2001; Conrad, Schilling, Hagemann, Haidl i Liedtke, 2003). Za razliku od utjecaja depresije i anksioznosti na ishod vantjelesne oplodnje, neka istraživanja su pokazala da je aleksitimija u korelaciji s boljim ishodom (Kakatsaki i sar., 2009). Aleksitimija je specifičan poremećaj psihičkog funkcioniranja koji je karakteriziran odsustvom simboličnog razmišljanja, siromaštvom fantazija i nemogućnošću adekvatne ekspresije i verbalizacije vlastitih emocija (Kušević i sar., 2012; Kušević, 2008). Kod pacijenata sa aleksitimijom javljaju se značajne teškoće u prepoznavanju i korištenju emocija kao određenih signala, te ne mogu na adekvatan način da razlikuju jednu emociju od druge (Verhaak, Linsten, Evers i Braat, 2010; prema Friščić i Kušević, 2013). U istraživanjima Conrad i sar. (2001) i Lamas i sar. (2006) rezultati su pokazali

da su razine aleksitimije značajno više u skupini osoba koje imaju problem s neplodnosti u odnosu na kontrolnu skupinu. U sljedećem istraživanju koje je sprovedeno u Grčkoj ispitan je odnos između aleksitimije, strategija suočavanja i stresa povezanog s neplodnošću. Koeficijenti korelacije su pokazali da su dob i trajanje neplodnosti pozitivno i značajno povezani s razinom stresa, anksioznosti i depresije. Razina aleksitimije bila je viša kod žena niže razine obrazovanja i nižih prihoda, te je u pozitivnoj korelaciji s dobi i trajanjem neplodnosti. Dok nije pokazana značajna povezanost razine aleksitimije s bračnim statusom, etiologijom neplodnosti i brojem prethodnih IVF tretmana (Gourounti, Anagnostopoulos, Griva i Vaslamatzis, 2016). Rezultate istraživanja da je aleksitimija pozitivno povezana s trajanjem neplodnosti autori objašnjavaju time da je aleksitimija određena zaštitna strategija od pojave anksioznih i depresivnih simptoma u tretmanu neplodnosti (Kakatsaki i sar., 2009; prema Jurić Vukelić, 2021).

S povećanim brojem neuspjelih pokušaja začeca, kod partnera su sve više prisutni bijes i frustracija. Bijes se vezuje za gubitak kontrole nad svojim tijelom, emocijama i životom, ali i s tim da je potrebno dijeliti lične informacije i seksualno funkcionisanje iznova s medicinskim osobljem. Bijes može biti usmjeren i na partnera zbog toga što je uzrok problema i zbog toga što ne pokazuje razumijevanje i podršku (Jacobs i O'Donohue, 2007; prema Milovanović, 2018).

Nakon uspješno iznijete trudnoće unutar procesa potpomognute oplodnje češće se javlja postpartalna depresija, što se može objasniti češćom pojavom rizičnih faktora, npr. carski rez, bliznačke trudnoće i manjak socijalne podrške (Lee, Liu, Kuo i Lee, 2011; Choi, Bishai, Minkovitz, 2009; prema Friščić Kušević, 2013).

Neuspjeh potpomognute oplodnje primorava parove da se suoče s neplodnošću i odluče šta dalje. Uobičajene reakcije oba partnera su: tuga, ljutnja i razočaranje. Prema istraživanjima vrhunac depresivnog raspoloženja je između 18. i 36. mjeseca nakon neuspješnog IVF-a, a eskalira nakon nekoliko neuspjelih pokušaja. Financijsko opterećenje raste i snovi o roditeljstvu su sve manje ostvarljivi (Sajdso, 2005; prema Kričković Pele, 2014). Neuspjeh metoda potpomognute oplodnje povezan je s osjećajem gubitka, intenzivnom ljutnjom i anksioznošću (Slade, Emery i Lieberman, 1997; Makara-Studzinska, Moryłowska-Topolska, Wdowiak, Bakalczuk i Bakalczuk, 2010). Povezuje se i s osjećajem krivnje, bespomoćnosti i beznađa (Greil, 1997), a značajan broj žena je nakon neuspjeha potpomognute oplodnje izvijestilo o suicidalnim mislima (Cousineau i Domar, 2007; Baram, Tourtelot, Muechler i Huang, 1988; Ramamurthi, Kavitha, Pounraj i Rajarajeswari, 2016; prema Jurić Vukelić, 2021).

### 3.6. Važnost socijalne podrške tokom procesa potpomognute oplodnje

Socijalna podrška je percepcija pojedinca o postojanju osobe od povjerenja i postojanju ponašanja koja podrazumijevaju brigu od strane drugih ljudi, a najčešće se radi o partneru, porodici ili prijateljima (Walen i Lachman, 2000; prema Jestrović i Mihić, 2020c). Socijalna podrška oblikuje način kako će parovi posmatrati sebe, kako će se nositi s njim i kakvo će značenje dati problemu neplodnosti (Jenkins, 2019), te ima uticaj ne samo na mentalno zdravlje para, već i na njihovu odluku o tome da li će nastaviti ili završiti tretman (Vassard, Lund, Pinborg, Boivin i Schmidt, 2012; prema Jestrović, 2021). Najčešći izvor socijalne podrške su razgovori sa supružnikom, porodicom i prijateljima, prikupljanje informacija o psihološkim aspektima problema na klinici, u novinama, na televiziji (Boivin i sar., 1999; prema Milovanović, 2018).

Oko 70% žena i 60% muškaraca oslanja se na svoje supružnike kao izvor socijalne podrške, a i muškarci i žene ocijenili su svoje supružnike najkorisnijim izvorom podrške tokom tretmana neplodnosti (Boivin i sar., 1998). Međutim, s obzirom na stresove povezane s IVF-om, partnerima ponekad može biti teško u potpunosti odgovoriti i pružiti potporu (Abbey, Andrews i Hallmant, 1992; prema Malina i Pooley, 2017). Istraživanja su pokazala da je visoka razina socijalne podrške povezana s nižim razinama anksioznosti i depresije (Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer i Kraaimaat, 2005; Lechner, Bolman i van Dalen, 2007), te s nižom razinom stresa tokom suočavanja s dijagnozom i liječenja neplodnosti (Schmidt, Christensen i Holstein, 2005; prema Jurić Vukelić, 2021). Kada parovi nemaju bliske osobe s kojima bi mogli podijeliti svoja osjećanja i razmišljanja o problemu s kojim se suočavaju, te osjećaj socijalne izolacije dovode do povećanja vulnerabilnosti i javljaju se problemi u domenu mentalnog zdravlja. Na osnovu rezultata ranijih istraživanja pokazano je da se uloga socijalne podrške ogleda u redukovanju osjećaja izolovanosti kod ljudi koji se suočavaju s neplodnošću (Martins i sar., 2011) i smanjenju stresa kod problema neplodnosti (Hinton i sar., 2010). Također, socijalna podrška predstavlja protektivni mehanizam u odnosu između stresa zbog neplodnosti i simptoma koji se manifestuju u domenu fizičkog (Welbourne i sar., 2009) i mentalnog zdravlja (Martins i sar., 2011; Saleem i sar., 2019; prema Jestrović i Mihić, 2020c).

Nekoliko je studija pokazalo važnost socijalne podrške za dobrobit žena koje su podvrgnute liječenju neplodnosti i pozitivan, ali neizravan učinak koji je imala na muškarce

(Martins, Peterson, Almeida i Costa, 2011; Yağmur i Oltuluoğlu, 2012; prema Asazawa, 2015). Podrška partnera prvenstveno se ogleda u uključenosti u tretman (Pasch i Christensen, 2000), praćenju partnerke do klinike, podsjećanju da uzima lijekove na vrijeme, ali i u dijeljenju kućnih poslova, kako bi se ona mogla više posvetiti tretmanu. Žene podršku partnera procjenjuju korisnom u svakom segmentu tretmana, a njena prisutnost nakon neuspjelog tretmana ukazuje im na to da zajedno mogu da prevaziđu problem neplodnosti (Onat i Beji, 2012; prema Jestrović, 2021).

Za žene dok su u tretmanu najveća podrška se odnosi na bodrenje partnera za ostanak u tretmanu i neodustajanje (Daniluk, 2001). U istraživanju koje je sprovedeno u Japanu izostanak podrške od strane partnera povezan je s većim percipiranim stresom, ali i s većom zastupljenošću anksioznosti i depresije (Matsubayashi i sar., 2004). Žene tokom prolaska kroz proces potpomognute oplodnje više se oslanjaju na socijalnu podršku kao vid suočavanja sa stresom, za razliku od muškaraca, koji o ovom problemu razgovaraju samo sa suprugom (Gerrity, 2001; prema Jestrović, 2021). Ukoliko se žene povjeravaju svojim partnerima i dijele svoja razmišljanja i emocije s bliskim osobama, pokazano je da se uspješnije psihološki prilagođavaju problemu neplodnosti (McDaniel i sar., 1992; prema Milovanović, 2018).

#### **4. STRUČNA PSIHOLOŠKA PODRŠKA KAO MOGUĆA KOMPLEMENTARNA METODA LIJEČENJA NEPLODNOSTI**

Potreba za pružanjem psihološke podrške parovima s neplodnošću prepoznata je tek od 80-ih godina, s porastom broja parova koji se suočavaju s ovom krizom, ali i prvim postupkom vantjelesne oplodnje (Velika Britanija, 1978) (Swain, 2006; prema Jestrović i Mihić, 2018b). Stres narušava gametogenezu i libido, a liječenje neplodnosti je dovoljno stresno da remeti reproduktivnu funkciju. Prema tome cilj psihološke podrške jeste da se smanji vjerojatnost pojave ovakvih učinaka i da ih se eliminira ako su se već pojavili (Berga, Parry i Moses-Kolko, 2017). Pacijentima koji se liječe od neplodnosti važno je pružiti stručnu psihološku podršku i emocionalnu potporu (Rooney i Domar, 2018; prema Ražič Pavičić, 2021). Rezultati istraživanja pokazuju da je psihološka podrška parovima korisna u svim etapama procesa suočavanja, a posebno tokom i nakon neuspjele potpomognute oplodnje, tokom prihvatanja dijagnoze, kao i prilikom prihvatanja života bez djeteta kao alternativni. Također, podrška im je potrebna u oblasti

partnerskog funkcionisanja, a naročito im je potreban razgovor o osjećanjima povodom izazova i teškoća s kojima se nose, financijskog aspekta procesa liječenja i nastavka učestvovanja u socijalnom životu (Jestrović i Mihić, 2018b).

Psihološka podrška parovima koji se suočavaju s problemom neplodnosti može se podijeliti u dvije struje. U prvoj struji stres je posmatran kao uzrok neplodnosti. Odnosi se na napore psihologa da zajedno s parovima otkriju psihološke faktore koji su u osnovi nemogućnosti začeća, kako bi se na taj način optimizovale stope začeća kod pacijenata. Druga struja se odnosi na rad sa psihološkim posljedicama neplodnosti i redukciji distresa povezanog s tretmanom, te je stres posmatran kao posljedica suočavanja s neplodnošću. Kako bi se postigli ovi ciljevi, psiholozi primjenjuju intervencije koje se kreću od onih koji su bazirani na edukaciji parova i pojedinaca, pa sve do veoma kompleksnih intervencija (različiti oblici psihoterapija i primjena integrativnih programa) (Patel i sar., 2018; prema Jestrović, 2021).

Psihološka podrška usmjerena je na: jačanje sposobnosti suočavanja s neplodnošću, redukciju potencijalnih konflikata među članovima para, unapređivanje vještina komunikacije među partnerima i komunikacije partnera s ljekarima, prihvatanje mogućnosti da medicinski tretman neće dovesti do začeća, obezbjeđivanje podrške prilikom nošenja s promjenama životnog stila i planova za budućnost (McDaniel i sar., 1992). Kada se govori o važnosti psihološke podrške tokom liječenja neplodnosti rezultati istraživanja koja su sprovedena još osamdesetih godina prošlog vijeka, ukazuju na to da parovi procjenjuju ovaj vid podrške korisnim (52% parova), a najveću korist vide u podršci s izlaženjem na kraj sa čekanjem rješenja i u domenu rješavanja konflikata koji proizlaze iz medicinskog tretmana (Hernon i sar., 1995; Shaw, Johnston i Shaw, 1988). Rezultati iz prakse ukazuju da samo nekoliko parova prihvati psihološku podršku u okviru tretmana neplodnosti ili je potraži van centara za potpomognutu oplodnju (Strauss, 2001; prema Jestrović, 2021). Razlozi zašto manji broj muškaraca i žena se odluče da samoinicijativno traže psihološku podršku prilikom procesa suočavanja s neplodnošću kreću se od kulturalne stigme, preko financijskih razloga, nedovoljne informiranosti, nepovjerenja u efekte psihološke podrške generalno ili određenog savjetnika, postojanje otpora i sl. (Hynie i Burns, 2006; prema Jestrović, Branković, Šilić i Mihić, 2018).

Istraživanja pokazuju da psihološka podrška ostvaruje jednake efekte na oba spola, s tim što žene kao pozitivne efekte navode osjećaj pripadnosti i validaciju sopstvenih reakcija, a muškarci više ističu značaj praktičnih informacija i savjeta (Lentner i Glazer, 1991). U nekim

zemljama značajnost psihološke podrške prepoznata je i na državnom nivou, npr. u Italiji od 2008. godine svaka klinika u kojoj se sprovede metode potpomognute oplodnje obavezna je da parovima u ranim fazama dijagnosticiranja i tokom tretmana ponudi psihološku podršku (Vitale, 2017; prema Jestrović i Mihić, 2018b). Emocionalni problemi nakon neuspjele vantjelesne oplodnje mogu se smatrati jatrogenim učinkom, prema tome bi se trebala pružiti mogućnost psihološke podrške kako bi se na taj način umanjio svaki negativni uticaj na psihi koji nastaje kao posljedica liječenja (Slade, Emery i Lieberman, 1997; prema Friščić i Kušević, 2013).

#### **4.1. Važnost uloge psihologa tokom procesa potpomognute oplodnje**

Na osnovu rezultata istraživanja, psiholozi ukazuju na potencijalnu opasnost ukoliko se fokusira samo na medicinski tretman, a zanemare se psihološki aspekti liječenja. U skladu s tim zalažu se za rad s parovima s ciljem razumijevanja neplodnosti, informisanja, kontinuirane podrške i terapijskog rada (Boivin i Kentenich, 2002; prema Jestrović i Mihić, 2018b). Prvo pojavljivanje psihologa na klinikama za liječenje neplodnosti vezuje se za 1930-e godine, kada se za gotovo trećinu parova nije znalo što je u osnovi nemogućnosti začeca. Uloga psihologa ogledala se u otkrivanju psiholoških faktora koji imaju udjela u tome (Patel, Sharma i Kumar, 2018; prema Jestrović, 2021). Kada se govori o savjetovanju parova, pokazano je da su im korisni različiti oblici savjetovanja u zavisnosti od faze tretmana u kojoj se nalaze. Za parove koji se nalaze na početku tretmana korisnijim se pokazalo pružanje informacija i učenje novih vještina (Boivin, 2003), dok u kasnijim fazama ili na kraju tretmana značajnim se pokazalo prorada emocija (Newton, 2006; prema Jestrović i Mihić, 2018b).

Uloga psihologa u kontekstu neplodnosti ogleda se u psihološkoj procjeni, psihoedukativnoj podršci, individualnom i partnerskom savetovanju (Grill, 2015; prema Jestrović, 2021). Danas se psihološka pomoć tokom tretmana neplodnosti najčešće pruža u kasnijim fazama. Rana psihološka pomoć u fazi dijagnosticiranja neplodnosti, kada emocionalne posljedice neplodnosti počinju izlaziti na površinu, može imati pozitivan uticaj na stav prema liječenju i njegovim učincima (Bielawska-Batorowicz, 2006; Bielawska i sar, 1993, prema Podolska i Bidzan, 2011). S obzirom da parovi tokom procesa potpomognute oplodnje često ne dobivaju potporu i razumijevanje od svojih porodica i prijatelja, osjećaju se stigmatizirano i diskriminirano od strane okoline, važno je da psiholog upravo radi na tim područjima s njima.

Psiholog ih uči različim načinima nošenja i suočavanja sa strahom i stresom, te kako da uspiju savladati negativne emocije poput ogorčenosti, razočaranja, bijesa i frustracije koje su često rezultat neuspjelih tretmana.

Također, psiholog nastoji poboljšati način komunikacije između partnera, s obzirom da su problemi u komunikaciji s partnerom u procesu liječenja neplodnosti značajan prediktor visoke razine stresa (Schmidt, Holstein, Christensen i Boivin, 2005; prema Jurić Vukelić, 2021)

Uloga psihologa ogleda se i u edukaciji ljekara i medicinskih sestara kako da komuniciraju s pacijentima, posebno u domenu saopštavanja loših vijesti, edukacije pacijenata o negativnim efektima nekih od njihovih navika na tretman neplodnosti, te podsticanju zajedničkog donošenja odluka o tretmanu (Domar, 2015). Rad psihologa u klinikama gdje se sprovodi vantjelesna oplodnja treba da obuhvata i pružanje podrške stručnjacima koji se suočavaju sa simptomima sindroma izgaranja (engl. burn-out), s obzirom da posao koji obavljaju spada u kategoriju visokorizičnih za razvoj istog (Grill, 2015; prema Jestrović, 2021).

#### **4.2. Programi psihološke podrške parovima tokom procesa potpomognute oplodnje**

Prema nekim studijama psihoterapija osim što pomaže kod liječenja depresije i anksioznosti, ima i pozitivan učinak na životno zadovoljstvo, što dovodi do većeg broja trudnoća u odnosu na kontrolnu skupinu koja nije obuhvaćena psihoterapijom (Terzioglu, 2001; prema Friščić i Kušević, 2013). Prema istraživanjima razlog odustajanja od postupka liječenja je više stres, a ne finansijski problemi para ili loša prognoza ishoda (Olivius, Friden, Borg i Bergh, 2004; Rajkhowa, McConnell i Thomas, 2006). U skladu s tim prema Campagne (2006) cikluse vantjelesne oplodnje treba započeti psihoterapijskom intervencijom za smanjenje stresa. Pacijenti koji su imali takvu intervenciju izvijestili su o znatno manjim psihološkim problemima (Domar, 2018). Također, je pokazan znatno manji broj pacijenata koji su odustali od tretmana (Leary, Tate, Adams, Allen i Hancock, 2007; prema Ražić Pavičić, 2021). Kako bi se ublažila anksioznost pacijenata tokom vantjelesne oplodnje i poboljšala njihova psihološka dobrobit, u zapadnim je zemljama razvijena psihosocijalna intervencija (Domar, Seibel i Benson, 1990; McNaughton- Cassill i sar., 2000). Ova intervencija podrazumijeva grupe podrške tokom koje terapeut sprovodi obuku za smanjenje stresa i potiče podršku vršnjaka među pacijentima i njihovim partnerima (Shapiro, 1999; Lentner i Glazer, 1991). Parovi koji su bili podvrgnuti

psihosocijalnoj intervenciji treninga opuštanja, upravljanja stresom i psihoedukacije imali su višu stopu trudnoća tokom IVF tretmana (Stoleru i sar., 1997; prema Chan i sar., 2006). Tehnike koje se koriste tokom liječenja neplodnosti su: kognitivno-bihevioralna, trening vještina suočavanja, grupna podrška, mindfulness (usredotočena svijest), te tehnike relaksacije i upravljanja stresom (Chow, Cheung i Cheung, 2016; prema Ražić Pavičić, 2021).

Najučestaliji psihoterapijski modalitet koji se koristi za upravljanje emocionalnim distresom kod neplodnih parova je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Tokom ove psihoterapije ispitanici su izvijestili o smanjenju psihičkih i tjelesnih simptoma, uključujući depresiju, anksioznost, slabost, glavobolju, nesanicu i abdominalnu bol (Domar, Seibel i Benson, 1990; prema Ražić Pavičić, 2021). U skupini žena u kognitivno-bihevioralnom psihoterapijskom tretmanu pokazano je znatno veće smanjenje depresivnosti u odnosu na skupinu žena u farmakoterapijskom tretmanu antidepresivima (Faramarzi i sar., 2008; prema Jurić Vukelić, 2021). Kod onih parova koji su išli na kognitivno-bihevioralnu terapiju veća je stopa zečeca u poređenju s kontrolnom grupom parova (Faramarzi i sar, 2013; Abedinia, Ramezanzadeh i Noorbala, 2009). Tehnike KBT-a koje su pokazale kao učinkovite u tretmanu psihičkih simptoma povezanih s neplodnosti uključuju: psihoedukaciju, trening relaksacije, kognitivnu restrukturaciju, vježbe imaginacije, izražavanje emocija, vještine rješavanja problema, razvijanje socijalnih vještina, fizičku aktivnost, planiranje slobodnog vremena u skladu s interesovanjima (Domar i sar., 2000; Mosalanejad i sar., 2012; Faramarzi i sar., 2013; prema Milovanović, 2018). U studiji koja je trajala godinu dana, Domar je usporedio stupe trudnoće žena koje su bile u procesu potpomognute oplodnje i koje su randomizirane na: grupnu kognitivno bihevioralnu terapiju, grupu podrške ili kontrolnu skupinu bez tretmana. Stope ostvarenih trudnoća bile su 55% za kognitivno bihevioralnu skupinu, 54% za grupu podrške i 20% za kontrolnu skupinu (Domar i sar., 2000).

Intervencija mindfulness je učinkovita u pogledu upravljanja stresom i smanjenja stresa (Grossman, Niemann, Schmidt i Walach, 2004), kao i u povećanju stopa trudnoća (Li, Long, Liu, He i Li, 2016). Tehnike relaksacije kod žena koje se liječe od neplodnosti značajno smanjuju negativne emocije i razinu anksioznosti (Domar i sar., 2000; prema Ražić Pavičić, 2021).

Logoterapija se, također, pokazala učinkovitom. U eksperimentalnoj skupini žena koje su bile uključene u logoterapijski tretman pokazana je značajno niža razina stresa u odnosu na kontrolnu skupinu bez tretmana (Mosalanejad i KooLee, 2013; prema Jurić Vukelić, 2021).

Kada se radi o ličnom stresu i disfunkciji tada je korisno individualno savjetovanje (Hammer Burns i Covington, 2006), a podrazumijeva sljedeće: reflektovanje individualnih problema i porodične istorije, redukciju stresa i disfunkcionalnih emocionalnih i bihevioralnih reakcija, prihvatanje situacije, značenje i uticaj neplodnosti, rad na selfkonceptima za budućnost, razvoj strategija prevladavanja (Boivin i sar., 2001). Primjenjuje se i bračno savjetovanje naročito kada su izraženi partnerski problemi koji se odnose na komunikaciju, donošenje odluka i rješavanje konflikata. Od posebne koristi je i grupna terapija koja omogućava pojedincima i parovima dijeljenje iskustava s drugima, smanjivanje osjećaja izolacije i stigmatizacije i pružanje bitnih relevantnih informacija (Hammer Burns i Covington, 2006; prema Milovanović, 2018).

Terapija Body-Mind dokazano je uspješan način za smanjenje stresa i utiče na povećanje stope trudnoće (Domar i sar., 2011). Uključuje vještine kognitivno-bihevioralne terapije, treninga opuštanja, promjena načina života, vođenja dnevnika, samosvijesti i komponenti socijalne podrške (Rooney i Domar, 2018).

Intervencija u obliku savjetovanja dovoljna je u slučaju blaže izraženih simptoma, dok za nešto izraženije simptome primjerenija je kognitivno-bihevioralna terapija. Ukoliko postoji interferencija s prijašnjim traumatskim iskustvima ili strukturom ličnosti, prednost treba dati analitički orijentiranim psihoterapijskim tehnikama (Friščić i Kušević, 2013; prema Jurić Vukelić, 2021).

Jedan od prvih programa psihološke podrške čiji su efekti testirani odnosili su se na grupne programe namijenjeni ženama koje se suočavaju s neplodnošću, a zasnovani su na kognitivno-bihevioralnom pristupu (Domar i sar., 2000) ili pristupu zasnovanom na mindfulness-u. Pokazalo se da ovakvi pristupi smanjuju depresivnost kod učesnica programa (Galhardo, Moura-Ramos, Cunha i Pinto-Gouveia, 2018). Jedan od takvih grupnih programa je Body-Mind koji je sproveden u Belgiji (Lemmens i sar., 2014). Program je namijenjen parovima s ciljem unapređenja komunikacije unutar para i s ljekarima, redukcije stresa, povećanja uključenosti u donošenje odluka o tretmanu, rada na podršci među partnerima, jačanju strategija suočavanja i osvješćivanja parova da postoje i drugi segmenti života osim neplodnosti. Program se sastoji od šest susreta koji su posvećeni emocijama, efektu koji neplodnost ostvaruje na njihov partnerski odnos, reakcijama drugih, mjestu koje želja za djetetom zauzima u njihovom životu i ograničenjima tretmana (Lemmens i sar., 2014). „Program za jačanje zajedništva i strategija suočavanja“ nastao je u Kini i namijenjen je parovima koji se suočavaju s neplodnošću (Ying i

sar., 2017). Baziran je na psihoedukaciji i učenju vještina i usmjeren je na podršku među partnerima i suočavanje sa stresom. Sastoji se od dva dijela koja traju po 90 minuta. Prvi je posvećen jačanju zajedništva među partnerima i međusobnoj podršci, a drugi je usmjeren na suočavanje s neplodnošću i jačanje strategija za nošenje sa stresom. Sličan program namijenjen parovima koji se suočavaju s neplodnošću sproveden je u Japanu, a naziva se „Program podrške zajedništvu“ (Asazawa, 2015). Osnovni cilj programa jeste unapređenje kvalitete života parova, smanjenje distresa, te unapređenje zadovoljstva partnerskim odnosom (Jestrović, Branković, Šilić i Mihić, 2018).

Kao dio procesa vantjelesne oplodnje, s ciljem smanjenja stresa kod parova širom svijeta su prisutni i programi koji uključuju akupunkturu, različite vrste masaže i druge tehnike (Applegarth, 2006; prema Jestrović i Mihić, 2018b).

## 5. ZAKLJUČCI

1. Neplodnost je nemogućnost začeca nakon godinu dana nezaštićenog spolnog odnosa. Uzroci neplodnosti mogu biti ženski, muški, kombinovani i nepoznati faktori. Uzrocima neplodnosti smatraju se i psihički faktori. Osobe koje su dugo izložene stresu, imaju visok nivo hormona stresa, koji utiču na rad hipofize, a samim tim i na dinamiku menstrualnog ciklusa. Na taj način može biti poremećena plodnost žena. Psihički faktori mogu uticati i na plodnost kod muškaraca, ali njihov uticaj je veći na plodnost kod žena. Danas postoje mnoge metode potpomognute oplodnje koje parovima omogućavaju da se ostvare kao roditelji. Potpomognuta oplodnja obuhvata proces koji se sastoji od pripreme pacijenata, hormonskog liječenja, laboratorijskih analiza, aspiracije jajnih ćelija, selekcije embriona, embriotransfera i utvrđivanja rane trudnoće.

2. Neplodnost djeluje na psihu i emocionalno stanje osobe. Mentalni poremećaji poput reakcija na teški stres, anksioznosti, depresije, poremećaja spavanja, hranjenja i ovisnosti negativno utiču na plodnost. Psihološkim aspektima neplodnosti bavili su se mnogi naučnici, a zajednička spoznaja im je da liječenje neplodnosti dovodi do psihičke napetosti i promjena, na koje par mora biti spreman. Tokom procesa liječenja parovi se susreću s brojnim psihološkim izazovima poput: straha od invazivnosti liječenja i mogućeg uspjeha, neizvjesnost od ishoda, teško održavanje nade, optimizma, pritiska i stigmatizacije okoline, osjećaja bezvrijednosti, brige i krivnje, čestih promjena raspoloženja. Izazovi za ove parove su i suočavanje s potencijalnim psihološkim problemima, te prevladavanje negativnog uticaja liječenja na odnos s partnerom, porodicom i na finansijsku situaciju. Žene se moraju podvrgnuti i svakodnevnom davanju injekcija i transvaginalnoj aspiraciji oocita. Mnogi parovi odustaju od procesa liječenja više zbog stresa, nego zbog finansijske situacije ili drugih razloga. Pokazano je da je kod žene emocionalni i psihološki bol dominantniji od fizičke boli tokom tretmana. Dakle ženama je lakše da podnesu i fizičku bol, nego emocionalnu npr. zbog neuspješnosti tretmana i neostvarivanja trudnoće.

3. Rezultati dosadašnjih istraživanja su pokazali da se tokom liječenja neplodnosti ne smiju zanemariti psihološki aspekti, te zbog toga psiholog ima važnu ulogu. Uloga psihologa se ogleda u psihološkoj procjeni, psihoedukativnoj podršci i individualnom i partnerskom savjetovanju. Žene tokom tretmana neplodnosti imaju više psiholoških problema jer imaju

veći osjećaj stida i krivnje. Psiholog uz razne psihoterapije i razgovore će pomoći parovima da se suoče sa stresom, boli, razočaranjem, pritiskom okoline i svime što postupak potpomognute oplodnje nosi. Prema rezultatima većine dosadašnjih istraživanja najveću emocionalnu bol i razočaranje pacijenti imaju kada saznaju da tretman nije uspio. Tada im je podrška psihologa najpotrebnija. Prema nekim istraživanjima psihoterapija pomaže u liječenju depresije i anksioznosti i ima pozitivan učinak na životno zadovoljstvo što dovodi do većeg broja uspješnih trudnoća tokom procesa. Najučinkovitija psihoterapija za tretman neplodnosti je kognitivno-bihevioralna, a kao učinkovite tehnike su se pokazale i mindfulness, grupna podrška, tehnike relaksacije i tehnike upravljanja stresom.

## 6. LITERATURA

- Aničić, M. (2007). Bračna neplodnost i njezine mogućnosti. *Bogoslovska smotra*, 77(1), 181-216.
- Asazawa, K. (2015). Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 354-366.
- Bakić, I. (2020). Neplodnost i aktivnosti primalje u skrbi žena s dijagnozom neplodnosti. *Neobjavljeni završni rad*. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.
- Bauman, R. (2009). Obrada i terapija neplodnosti. *Medicina Fluminensis*, 45(4), 300-312.
- Bedalov, A. (2016). Psihološki aspekti steriliteta. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
- Chan, C. H. Y., Ng, E. H. Y., Chan, C. L. W., Ho, i Chan, T. H. Y. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2), 339-346.
- Cousineau, T. M. i Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Cvetko, E. (2020). Motivacija za roditeljstvo. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.
- Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga.
- Deka, P. K. i Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 32-34.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B. i Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805-811.
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M. i Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58(6), 1158- 1163.

- Duvnjak, J. (2020). Drama neplodnosti: moralno (ne)prihvatljiva rješenja bračne neplodnosti. *Neobjavljeni diplomski rad*. Split: Sveučilište u Splitu, Katolički bogoslovni fakultet.
- Friščić, T. i Kušević, Z. (2013). Najčešći psihološki problemi kod parova u procesu potpomognute oplodnje. *Socijalna psihijatrija*, 41(2), 99-108.
- Grbavac, I. (2020). Kvaliteta života u žena i muškaraca u postupku medicinski potpomognute oplodnje. *Neobjavljena doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Jestrović, J. (2021). Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije. *Neobjavljena doktorska disertacija*. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2018a). Motivacija za roditeljstvo i funkcionalnost braka - razlike u zavisnosti od trimestra trudnoće. *Psihološka istraživanja*, 21(2), 115-133.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2018b). Kakve su potrebe za psihološkom podrškom žena koje se suočavaju sa neplodnošću? U I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 122-142). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2020a). Zajedništvo pri donošenju odluka kod suočavanja sa neplodnošću - perspektiva žena. U M. Zotović i M. Oros (ur.), *Zbornik radova „Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji“* (str. 135-149). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2020b). Procjena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću. *Psihološka istraživanja*, 23 (2), 141-159.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2020c). Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti: Značajnost različitih izvora podrške. *Primijenjena psihologija*, 13(2), 169-189.
- Jestrović, J., Mihić, I. i Radovanović, M. (2016). Tranzicija u roditeljstvo: razlike u kvalitetu braka parova koji su začeli prirodnim putem i onih koji su začeli vantjelesnom oplodnjom. *Godišnjak za psihologiju*, 13(15), 55-69.
- Jestrović, J., Branković, J., Šilić, V. i Mihić, I. (2018). Podrška parovima koji se suočavaju sa sterilitetom: 3PS program. U I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 144-163). Novi Sad: Filozofski fakultet.

- Jurić Vukelić, D. (2021). Psihosocijalne osobitosti žena u procesu potpomognute oplodnje. *Neobjavljena doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Kričković Pele, K. (2014). *Vantjelesna oplodnja: rodne i društvene kontroverze*. Novi Sad: Zavod za ravnopravnost polova.
- Malina, A. i Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization-Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554-558.
- Melkić, E. (2021). Ishodi trudnoće nakon medicinsko potpomognute oplodnje. *Neobjavljeni završni rad*. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci.
- Milovanović, J. M. (2018). Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoefikasnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života. *Neobjavljena doktorska disertacija*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.
- Nekić, M., Bekavac, J. i Tucak Junaković, I. (2015). Depresivnost žena koje su u postupku medicinski potpomognute oplodnje. *Socijalna psihijatrija*, 43(3), 0-120.
- Petričević, L. (2022). Motivacija za roditeljstvo studenata s obzirom na neke socio-demografske varijable. *Neobjavljeni završni rad*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Piskač, T. (2020). Uzroci bračne neplodnosti. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Podolska, M. i Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44-49.
- Ražić Pavičić, A. (2021). Povezanost psiholoških čimbenika s ishodom izvantjelesne oplodnje u primarno neplodnih žena. *Neobjavljena doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Radovanović, M. i Jestrović, J. (2018). Motivacija za roditeljstvo: Da li način začeća čini razliku? U I. Mihić, I. i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 86-98). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Rooney, K. L. i Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41-47.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14-20.

- Skrobić, L. i Pucarević, B. (2021). Stigma and in vitro fertilization: perception of women with IVF experience. *Facta Universitatis, Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 20(2), 149-162.
- Szkodziak, F., Krzyzanowski, J. i Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 1-13.
- Strmotić, A. (2015). Neplodnost i metode liječenja neplodnosti, zadaće primalje. *Neobjavljeni završni rad*. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.
- Šakotić-Kurbalija, J., Trifunović, B. i Zotović, M. (2018). Značaj bračne neplodnosti za doživljaj kvaliteta bračnog odnosa i potencijal za razvod kod žena. U I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: Implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 49-68). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Štefanac, I. (2021). Liječenje neplodnosti. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Tucak Junaković, I. i Ahmeti, I. (2012). Motivacija za roditeljstvo i briga za mlađe naraštaje u mlađih i sredovječnih roditelja. *Društvena istraživanja*, 21(2/116), 363-382.
- Ujdur, M. (2016). Liječenje bračne neplodnosti medicinski potpomognutom oplodnjom i njen utjecaj na odnose u braku. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Zotović, M., Trifunović, B. i Šakotić-Kurbalija, J. (2018). Stres, strategije suočavanja sa stresom i neplodnost kod žena. U I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: Implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 31-47). Novi Sad: Filozofski fakultet.