

Psihološki aspekti steriliteta

Bedalov, Ankica

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:749688>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-22**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ankica Bedalov

Psihološki aspekti steriliteta

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ankica Bedalov

Psihološki aspekti steriliteta

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, Klinici za ženske bolesti i porode, Petrova, Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“, Zagreb, privatnim ambulantama i poliklinikama za ginekologiju i opstetriciju „Šparac“, „Cito“, „Gynenova“, „Grzunov“ u Splitu, te ordinaciji „Dr. Karmen Čerškov“ u Kaštel Sućurcu, pod vodstvom prof.dr.sc. Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

POPIS I OBJEŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

MPO – Medicinski potpomognuta oplodnja

SWLS skala (Satisfaction With Life Scale) – skala zadovoljstva životom

AIH – Homologna inseminacija: unašanje sjemena supruge/partnera u maternicu

ITI – Intratubarna inseminacija: unašanje sjemena u jajovod

AID – Heterologna inseminacija: unašanje sjemena davaoca u maternicu ili jajovoda

IVF/ET - Izvantjelesna oplodnja i embrio transfer

MESA - Mikrokirurška aspiracija spermija iz epididimisa

TESE - Ekstrakcija spermija iz testisa

TESA - Aspiracija spermija iz testisa

PESA - Perkutana aspiracija spermija iz epididimisa

ICSI - Mikroinjekcija spermija u citoplazmu jajne stanice

KRIOPREZERVACIJA -Zamrzavanje i odmrzavanje zametaka i prijenos u maternicu

GIFT - Unašanje gameta u jajovode

ZIFT - Prijenos zigota u jajovod

TET – Prijenos embrija u jajovod

POST - Transfer oocita i spermija u peritonealnu šupljinu

WHO – Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEFINICIJE STERILITETA - BIOMEDICINSKI ASPEKTI	2
2.1 Reproktivno razdoblje	2
2.2 Uzroci neplodnosti.....	3
2.2.1 Ženska neplodnost.....	4
2.2.2 Zajednička neplodnost para.....	4
2.3 Dijagnoza neplodnosti	5
3. LIJEČENJE NEPLODNOSTI.....	7
4. IZVANTJELESNA OPLODNJA	9
4.1 Postupak nakon oplodnje.....	10
5. RODITELJSTVO – MOTIVACIJSKI ČIMBENICI.....	11
5.1 Aspekti ideologije majčinstva	11
5.2 Motivacijski čimbenici roditeljstva	12
6. PSIHOLOŠKI ASPEKTI STERILITETA	14
6.1 Utjecaj psihe na neplodnost	15
6.2 Utjecaj neplodnosti na psihi.....	16
6.3 Neurotski poremećaji u okviru neplodnosti.....	18
6.4 Zakonski okviri liječenje steriliteta	20
7. HIPOTEZE.....	21
8. CILJ.....	22
9. METODE	23
10. ISPITANICE I POSTUPAK	24
11. INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA.....	25
12. STATISTIČKA OBRADA	26
13. REZULTATI.....	27
13.1 Sociodemografski podaci o ispitanicama.....	27
13.2 Odnos prema braku i djeci	30
13.2.1 Odnos ispitanica prema medicinski potpomognutoj oplodnji	33
13.3 Motivacija za majčinstvom	39
13.4 Analiza grupa motiva	42
13.4.1 Analiza statističke značajnosti srednjih vrijednosti dva nezavisna uzorka t-test.....	44
13.4.2 Analiza motiva koji mjere ekonomske i socijalno psihološke čimbenike majčinstva...	49
13.5 Analiza skale procjene zadovoljstva životom.....	51
14. RASPRAVA.....	52
15. ZAKLJUČAK	54
16. ZAHVALA.....	56
17. LITERATURA.....	57
18. ŽIVOTOPIS	60

PSIHOLOŠKI ASPEKTI STERILITETA

Ankica Bedalov

SAŽETAK

Osnovi cilj rada je kritička analiza psiholoških aspekata motivacije za majčinstvom u odnosu prema mogućnostima potpomognutih reproduktivnih tehnologija koje omogućavaju takvim ženama ostvarenje majčinske uloge. Ženama koje nisu uspijevale ostvariti ideal majčinstva prirodnim putem, suvremena tehnologija podarila je nadu, a s druge strane otvorila brojna etička, pravna, socio-kulturološka pitanja u svezi s potpomognutim reproduktivnim tehnologijama.

U teorijskom dijelu prikazani su osnovni pojmovi vezani uz uzroke, dijagnostiku i načine liječenje neplodnosti. Opisani su fenomeni ideologije majčinstva te motivacijski čimbenici roditeljstva. Također su objašnjene mogućnosti novih reproduktivnih tehnologija i njihov odnos prema fenomenu majčinstva.

U empirijskom dijelu, istraženi su motivacijski čimbenici žena za majčinstvom. Sadržaj empirijskog istraživanja sačinjavaju podatci analize upitnika kojim je anketirano 500 žena od kojih je 250 žena uključenih u program izvantjelesne oplodnje na Klinici za ženske bolesti i porode, KBC Zagreb, Petrova, Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb te privatnim ambulantama i poliklinikama za ginekologiju i opstetriciju: „Cito“, „Gynenova“, „Šparac“, „Grzunov“ u Splitu, te ordinacija „Dr. Karmen Čerškov“, Kaštel Sućurac, i 250 trudnica u navedenim klinikama, kao kontrolna skupina.

Na temelju dobivenih rezultata istraživanja može se opisati standardni psihološki profil žene uključene u program izvantjelesne oplodnje. Kod žena u postupku izvantjelesne oplodnje najviše dominiraju motivi koji prikazuju osobnu želju za odgojem djece i identifikaciju uloge žene s ulogom majke, a najslabiji utjecaj na motivaciju za roditeljstvom pokazale su varijable koje opisuju utjecaj okoline te instrumentalistički motivi. Motivacija za majčinstvom kod žena koje se bore sa neplodnošću ključni je psihološki aspekt i temelji se na tradicionalnim obiteljskim vrijednostima, i ne razlikuje se od motiva kod trudničke populacije.

KLJUČNE RIJEČI: medicinski potpomognuta oplodnja, majčinstvo, motivacija za majčinstvom, izvantjelesna oplodnja, roditeljstvo

PSYCHOLOGICAL ASPECT OF INFERTILITY

Ankica Bedalov

SUMMARY

Primary goal of this study is a critical analysis of psychological aspects of motivation for motherhood in relation to the possibilities of assisted reproductive technologies that enable such women achieving maternal roles. Women who did not realize highly valued ideal of motherhood simultaneously, present rise of modern technology has given up the hope, and on the other hand, has opened a number of ethical, legal, socio-cultural issues related to assisted reproductive technologies.

In the theoretical part is presented basic overview of terms related to the causes, diagnosis and treatment of infertility methods. The phenomena of the ideology of motherhood are described and the motivational factors due to parenthood. It is also explained the possibilities of new reproductive technologies and their relationship to the phenomenon of motherhood.

In the empirical part are explored the motivational factors of women for motherhood. The contents of the empirical data is made from the analysis of the questionnaire which is the survey covered 500 women, of which 250 women were enrolled in the program of in vitro fertilization at the Clinic of obstetrics and gynecology, Clinical hospital center Zagreb, Petrova, Clinical hospital „Sveti Duh“, Zagreb and private polyclinics for gynaecology and obstetition : "Cito", „Gynenova“, „Šparac“, "Grzunov" in Split, private practice „Dr. Karmen Cerskov“, Kaštel Sucurac, and 250 pregnant were women in these clinics, as a control group.

The research results provide an opportunity for the conclusion to describe a standard psychological profile of women included in the program of in vitro fertilization. Among women in the process of in vitro fertilization the most dominated motifs displayed personal desire for the upbringing of children and the identification of the roles of women, with the role of the mother, and the weakest impact on motivation for parenthood have variables that described the impact of the environment and instrumental motifs. The motivation for motherhood in women who are struggling with infertility is a key psychological aspect and based on traditional family values, with no significant difference from the motives at the maternity population.

KEYWORDS: medically assisted conception, motherhood, the motivation for motherhood, insemination, parenting

1. UVOD

Danas u svijetu postoji veliki broj parova koji na razne načine pokušavaju ograničiti svoju plodnost i na taj način spriječiti dolazak novog života, dok se određeni broj njih bori sa drugim problemom i na sve moguće načine pokušava steći vlastito dijete. Pritisak društva, ali prije svega vlastite želje bračnih parova kao i optimizam sa zdravstveno – tehničke strane i dosezi reproduktivske medicine motiviraju ih na nove pokušaje.

Svjetska zdravstvena organizacija je bračnu neplodnost definirala kao bolest, a njeno liječenje je temeljno ljudsko pravo. Prvo dijete začeto izvantjelesnom oplodnjom rođeno je 1978. godine u Velikoj Britaniji, a 23.10.1983. godine u Klinici za ženske bolesti i porode u Zagrebu, čime je Hrvatska bila osma zemlja u svijetu. Do 1994. godine IVF i kasnije ICSI metode, uspješno su se izvodile samo u KBC Zagreb, Klinici za ženske bolesti i porode.

U našoj zemlji gotovo 15% bračnih parova je neplodno. Postoji niz uzroka bračne neplodnosti, kada se iscrpe sve mogućnosti liječenja i velik dio ostane bez rezultata i uspjeha primjenjuje se izvantjelesna oplodnja (IVF) i ostale metode potpomognute reprodukcije. Metode potpomognute reprodukcije razvile su se kako bi se povećala vjerojatnost za trudnoću u žena s oštećenim jajovodima, žena s inokulacijom i endometriozom, te u muškaraca s infertilnim sjemenom. To su metode kojima se kontrolira i pomaže ne samo oplodnja jajne stanice, već i transport gameta, implantacija i razvitak trudnoće. Prije korištenja IVF metode i ostalih pripomoći u reprodukciji, trebaju se istražiti svi razlozi za neplodnost i detaljno obraditi bračni par.

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

Pretpostavlja se da postoje tri osnovne vrste odnosa između psiholoških čimbenika i neplodnosti. One uključuju psihološke čimbenike kao čimbenike rizika za kasniju neplodnost, dijagnozu i liječenje neplodnosti kao uzrok kasnijeg psihološkog stresa, uzajamnu vezu između psiholoških čimbenika i neplodnosti. Psihološki aspekti neplodnosti upućuju na potrebu sustavnijeg uključenja psiholoških metoda liječenja, a psihološki lječidbeni postupci odnose se na pojmove psihoterapijskog pristupa ili psihoterapije počevši od podrške i savjetovanja do psihoanalitičkih psihoterapijskih postupaka.

2. DEFINICIJE STERILITETA - BIOMEDICINSKI ASPEKTI

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), neplodnost je nemogućnost začeća, odnosno kliničke trudnoće nakon 12 ili više mjeseci nezaštićenih spolnih odnosa. Smatra se da u svijetu ima između 15 i 20% parova koji su neplodni. U 40% slučajeva uzrok je muškarac, u 40% žena, u 10% slučajeva radi se o zajedničkoj neplodnosti, dok je u preostalih 10% uzrok nepoznat (idiopatski).

Razlikujemo primarnu, sekundarnu neplodnost i umanjenu plodnost:

- 1.) Primarna neplodnost – nemogućnost postizanja trudnoće kod para u plodnom dijelu života uz redovite, nezaštićene spolne odnose tijekom godinu dana
- 2.) Sekundarna neplodnost – nemogućnost postizanja trudnoće nakon barem jedne prethodne trudnoće
- 3.) Umanjena plodnost (subfertilitet) – stanje tijekom kojeg par u plodnom razdoblju života trudnoću postiže nakon dužeg razdoblja nego je to slučaj kod normalno plodnog para

2.1 Reproktivno razdoblje

Razdoblje tijekom kojeg žena može zanijeti naziva se reproduktivno (fertilno) razdoblje žene. Započinje sa prvom menstruacijom (menarhom) i traje sve do menopauze (zadnje menstruacije). Najčešće govorimo o razdoblju između 15. i 49. godine života, iako u novije vrijeme ono počinje nešto ranije (oko 13. godine) i završava kasnije (oko 53. godine).

Iako muškarci žive u prosjeku 6-8 godina kraće od žena, njihovo reproduktivno razdoblje je dulje i nastavlja se i nakon pedesete godine života, iako se proces spermatogeneze, kao i mogućnost erekcije i ejakulacije, koji su bitni elementi reprodukcije, ipak smanjuju u starijoj životnoj dobi. Bitno je napomenuti da se plodnost žena smanjuje već nakon 30. godine života, a muškaraca nakon 50. godine života. Optimalna dob za rađanje prvog djeteta je do 25. godine života, a ostale djece do 35. godine (Šimunić 2001).

Fertilnost (plodnost) ne ovisi samo o kronološkoj dobi, već i o različitim biološkim osobinama jedinke. Sve godine reproduktivnog razdoblja nemaju istu vjerojatnost nastanka trudnoće, niti tijek i ishod trudnoće. Fekundabilitet je vjerojatnost postizanja trudnoće u menstrualnom ciklusu. Vjerojatnost uspješne trudnoće (živorođeno dijete) po ovarijском ciklusu u mlade i zdrave žene koja želi trudnoću iznosi 20 do 30% (Šimunić 2001; Rendić 1992).

2.2 Uzroci neplodnosti

Neplodnost može biti uzrokovana podjednako muškim i ženskim faktorom (40%), biti prisutna kod oba partnera (10%), ili biti neutvrdiva čak i modernom medicinom (idiopatska neplodnost, 10%).

Muška neplodnost

Brojni poremećaji i stanja predisponiraju nastanku neplodnosti kod muškaraca. Neki od poremećaja su reverzibilni, a upravo je cilj identificirati i liječiti takva stanja.

Uzroke možemo podijeliti u navedene skupine:

- a) predtestikularni uzroci – predstavljaju hipotalamičko hipofizni poremećaj kao i poremećaje u hormonskoj podršci spermatogeneze: Kallmanov sindrom, Prader-Willijev sindrom, adenom hipofize, hiperprolaktinemija, višak androgena (tumor nadbubrežne žlijezde, kongenitalna adrenalna hiperplazija, anabolički steroidi), višak estrogena
- b) testikularni uzroci – dovode do poremećaja spermatogeneze, tu spadaju: nasljedne abnormalnosti (Klinefelterov, Down-ov sindrom, cistična fibroza, mikrodelecija...), negenetski poremećaji razvoja testisa (atrofija testisa, kriptorhizam...), varikokela, zaušnjaci, orhitis, zračenja, kemoterapija i lijekovi
- c) posttestikularni uzroci – čimbenici koji oštećuju izvodne kanale i uzrokuju spolnu disfunkciju: opstrukcija epididimisa, kongenitalno odsustvo sjemenovoda, ageneza sjemenih mjehurića, kirurški zahvati na skrotumu i druge ozljede nastale liječenjem
- d) infekcije (kronični prostatitis, epididimitis i orhitis)
- e) imunološki uzroci

Procjena plodnosti muškarca radi se uzimanjem uzorka sjemeni (spermiograma). Normalne vrijednosti analize muškog sjemeni (ejakulata) su volumen 1-5 ml, pH 7,3-8,3, koncentracija više od 20 milijuna/ml, pokretljivost više od 40% i broj normalnih spermija više od 40% (Hrgović 1995).

2.2.1 *Ženska neplodnost*

Najčešći uzroci neplodnosti u žena su:

a) kroničan izostanak ovulacije (koji se javlja u 30-40 % slučajeva) – Turnerov sindrom, prijevremena insuficijencija jajnika, sindrom policističnih jajnika, smanjena ovarijska rezerva zbog ranijih upala ili operacija na jajnicima

b) tubarni faktor – upala jajovoda sa stvaranjem priraslica i opstrukcije (neprohodnosti), endometrioza

c) deformacije maternice – jednoroga maternica, septirana maternica, miomi, endometrioza

d) imunološki faktori i alergija na spermu

3) nerazjašnjena (idiopatska) neplodnost – o njoj se govori kada se odbace svi uzroci

2.2.2 *Zajednička neplodnost para*

Radi se o problemu s plodnošću koji imaju oba partnera ili pak o više problema koje imaju jedan ili oba partnera. Šanse za začeće ovise o ozbiljnosti problema i naravno mogućnosti njegovog liječenja, no treba imati na umu da dok oba partnera imaju određene probleme s plodnošću, mogućnost za trudnoćom znatno opada.

2.3 Dijagnoza neplodnosti

Ukoliko se kod para sumnja na neplodnost potrebno je uzeti anamnezu oba partnera (sadašnji i prijašnji zdravstveni problemi, životni stil i navike) i napraviti određene dijagnostičke pretrage.

Najčešće dijagnostičke pretrage kod neplodnosti su:

- Ginekološki pregled
- PAPA test
- Transvaginalni ultrazvuk
- Cervikalni brisevi
- Osnovni hormonski status (FSH, LH, E2, PRL, TSH drugog do petog dana ciklusa)
- Spermioigram
- Mikrobiološka pretraga ejakulata
- Pretraga prohodnosti jajovoda
- Krvne pretrage

Osnovne pretrage su spermioigram kod muškarca, praćenje ovulacijskog ciklusa (bilo kod kuće mjerenjem bazalne temperature, korištenjem ovulacijskih trakica, praćenjem cervikalne sluzi, ili kod liječnika utvrđivanjem ovulacije ginekološkim ultrazvukom – vaginalnom sondom, te mjerenjem razine hormona progesterona u lutealnoj fazi ciklusa, najčešće 21. dan ciklusa), kontrola ženskih hormona (FSH i LH 3. dan ciklusa, progesteron 21. dan ciklusa) te provjera prohodnosti jajovoda (HSG, histerosalpingogram). Ovisno o rezultatima pretraga, preporučuje se dalje liječenje (Glenville 2005; Maćaš 2004)

Dijagnostičkim postupcima imamo uvid u kakvoću i prohodnost puta od ulaza u rodnicu do abdominalnog ušća jajovoda i tuboovarijskog odnosa s posebnim naglaskom na prohodnost i funkciju jajovoda.

Postupci koje provodimo naravno ako su inducirani: insuflacija CO₂ – IS, sonohisterosalpingografija – SHS, histerosalpingografija (HSG), laparoskopija, histeroskopija, tuboskopija i faloposkopija.

- INSUFLACIJA (IS) – je najjednostavnija metoda za grublju ocjenu urednih jajovoda. Insuflira se CO₂ u kavum u uteri i tube. IS ima i terapijski učinak, ta metoda može biti početak u obradi ženskih uzroka neplodnosti
- SONOHISTEROSALPINGOGRAFIJA (SHS) – transcervikalno se aplicira prvo nekoliko ml fiziološke otopine, a u sljedećoj fazi i kontrastno sredstvo vidljivo s UZV.
- HISTEROSALPINGOGRAFIJA (HSG)– jodni ili vodeni kontrast se aplicira kroz vrat maternice, a preko monitora dobivamo uvid u stanje cervikalnog kanala, maternicu, jajovode i ubraja se u jednostavne postupke.
- HISTEROSKOPIJA – je endoskopski postupak koji omogućava uvid u kanal vrata i šupljinu tijela maternice.
- LAPAROSKOPIJA – provodi se u općoj anesteziji i najsloženiji je dijagnostički postupak. U intraperitonealni se prostor insuflira ugljični monoksid uvodi se laparoskop koji uz kameru, hladno svjetlo i monitor omogućava vrlo preciznom uvećanom slikom dobru analizu zdjeličnih struktura. Nedostatak laparoskopija je nemogućnost informacije o lumenu i sluznici jajovoda. No to možemo provjeriti salpingoskopijom laparoskopskim putem.
- FALOPOSKOPIJA je još potpuniji endoskopski zahvat koji se obavlja histeroskopski, tako da se sonda uvodi pod kontrolom oka kroz maternicu u jajovod.

3. LIJEČENJE NEPLODNOSTI

Cilj svih postupaka u liječenju neplodnosti je stvaranje pogodnih uvjeta i sredine za spajanje spolnih stanica – spermatozoida i jajne stanice, uspješno začeće, uspješnu trudnoću i porođaj djeteta.

Slabosti proizvodnje spermija liječe se hormonskom terapijom. Ukoliko je neplodnost uzrokovana infekcijom liječi se infekcija isto tako se liječe proširenja krvnih žila, poremećaj u tijeku sjemenovoda i drugi poremećaj građe spolnog sustava.

Liječenje muške neplodnosti može hormonska, kirurško i drugo, ali nažalost niti jedna vrsta nije pokazala očekivane rezultate.

Muški partner:

- nema sigurnih dokaza da subfertilnost muškaraca liječe:
- androgeni, antiestrogeni, dopaminergički lijekovi
- kalikrein, pentoksifilin, arginin
- multivitamini, vazodilatatori, psihotropni lijekovi
- operacija varikokele, umjetna spermatokela
- liječenje kondomom

U subfertilnih muškaraca i infertilnih muškaraca djelotvorno je liječenje:

- liječenje dokazane upale antibioticima
- mikrokirurške reanastomoze izvodnog sustava testisa
- davanje gonadotropnih (FSH) privremeno poboljšava kvalitetu
- mikrokirurška aspiracija spermija (MESA) i IVF (ISCI)
- imunološka supresija kortikosteroidima kod imunoloških uzrok

Ženski partner:

Jedan od temeljnih uzroka neplodnosti u žena je odgađanje rađanja jer se sa dobi povisuje rizik oštećenja reproduktivnog sustava žene.

Djelotvorni način liječenja neplodnosti u žene koji se trebaju primijeniti prije metoda potpomognute reprodukcije:

- liječenje dokazane upale antibioticima
- indukcija ovulacije kod kroničnih anovulacija;
- Klomifen citrat
- Gonadotropni
- GnRH agonisti i antagonisti
- kombinacije

Mikrokirurške operacije oštećenih jajovoda, enukleacija mioma.

- laparoskopske operacije tuba, multipla kauterizacija jajnika kod PCO sindroma,
- operacije benignih tumora jajnika
- mikrokirurško i/ili medikamentozno liječenje endometrioze
- hormonska pripomoć insuficijentnom žutom tijelu
- histeroskopske operacije pregrada u uterusu , polipa, mioma, priraslica

Liječenje neplodnosti vrlo je kompleksan proces na koji utječe veliki broj čimbenika. Neki od najvažnijih su trajanje neplodnosti, dob para, pogotovo žene, i uzrok koji je doveo do neplodnosti. Isto tako jedan od čimbenika koji se ne smije izostaviti je stres, uzrokovan što neplodnošću, što postupcima liječenja, ili pak neuspjehom terapijskih postupaka. Metode medicinski potpomognute oplodnje (MPO) kliničke su i laboratorijske tehnike koje se koriste u terapiji neplodnih parova u kojih metode liječenja samog uzroka neplodnosti nisu bile uspješne. Prema dogovoru, metodama potpomognute oplodnje nazivaju se sve one metode koje zahtijevaju ekstrakciju i izolaciju oocite. Na taj se način kontrolira i pomaže ne samo oplodnja jajne stanice, već i transport gameta, implantacija i razvitak trudnoće. Te metode uključuju intrauterinu inseminaciju, intratubarnu inseminaciju, izvantjelesnu oplodnju i prijenos zametaka, unos gameta u jajovode, prenošenje zigote ili embrija u jajovode, smrzavanje – odmrzavanje zametaka i prijenos u maternicu (krioprezervacija), mikroinjekciju spermija u jajnu stanicu, preimplantacijsku citogenetsku biopsiju. Sve navedene metode mogu se učiniti u prirodnom menstrualnom ciklusu ili u induciranim ciklusima s višestrukom folikulogenezom (Kurjak 1984; Šimunić 2001).

4. IZVANTJELESNA OPLODNJA

Na postupak izvantjelesne oplodnje krećemo odmah kod žena starijih od 35 godina, kod teško oštećenih jajovoda, debele priraslice, kada je tubarna neplodnost udružena sa subfertilnim suprugom.

Metode potpomognute reprodukcije:

Metode umjetne ili potpomognute (asistirane) oplodnje obuhvaćaju metode kojima se kontrolira i potpomaže ne samo oplodnja jajne stanice, već i transport oplođenih zametaka, implantacija i razvitak trudnoće (Hrgović 1995; Kurjak 2001).

Temelj uspješnosti svih tehnika umjetne je pravilno sazrijevanja jedne ili više jajnih stanica uz kvalitetu postupka u biološkom laboratoriju.

Sve metode umjetne oplodnje mogu se vršiti u prirodnom menstruacijskom ciklusu ili u ciklusu sa stimuliranom ovulacijom. Uzevši ukupno, pojedinačni uspjeh- uspjeh po jednom ciklusu za bilo koju metodu umjetne oplodnje iznosi 12-45%. Najčešće upotrebljavane MPO su inseminacija i in vitro fertilizacija (IVF – In vitro fertilizacija: aspiracija jajnih stanica, fertilizacija u laboratoriju i transcervikalni prijenos zametaka u maternicu (ET)).

To su:

- AIH – Homologna inseminacija: unašanje sjemena supruge/partnera u maternicu
- ITI – Intratubarna inseminacija: unašanje sjemena u jajovod
- AID – Heterologna inseminacija: unašanje sjemena davaoca u maternicu ili jajovoda
- IVF/ET - izvantjelesna oplodnja i embrio transfer
- MESA - Mikrokirurška aspiracija spermija iz epididimisa
- TESE - Ekstrakcija spermija iz testisa
- TESA - Aspiracija spermija iz testisa
- PESA - Perkutana aspiracija spermija iz epididimisa
- ICSI - Mikroinjekcija spermija u citoplazmu jajne stanice
- KRIOPREZERVACIJA - zamrzavanje i odmrzavanje zametaka i prijenos u maternicu
- GIFT - Unašanje gameta u jajovode
- ZIFT - Prijenos zigota u jajovod
- TET – Prijenos embrija u jajovod
- POST - Transfer oocita i spermija u peritonealnu šupljinu

Izvantjelesna oplodnja i slične metode postali su glavni i jedini način i jedini način liječenja brojnih neplodnih parova. Njome se zaobilaze jajovodi jer se gamete spajaju izvan tijela u laboratoriju (Ciglar 2001; Drobnjak 1983).

Ta metoda ima nekoliko etapa:

- priprema i obrada pacijentice
- indukcija ovulacije
- kontrola rasta više folikula
- aspiracija zrelih jajnih stanica
- priprema jajnih stanica i smjena u laboratoriju
- oplodnja i kontrola zametka
- prijenos zametka – ET
- kontrola funkcije i pripomoć žutom tijelu

Kontraindikacije su:

- dob žene
- HIV pozitivnost
- bolesti žene koje kontraindiciraju trudnoću

4.1 Postupak nakon oplodnje

Nakon embriotransfera nastavlja se terapijom koja će biti preporučena nakon aspiracije jajnih stanica, a koja će nadoknaditi hormone koji se inače stvaraju u organizmu poslije ovulacije (lutealna suplementacija). Po završenom embriotransferu od sljedećeg dana žena se može vratiti normalnim aktivnostima. U slučaju bilo kakvih problema (bolovi, krvarenje, temperatura, nadutost u stomaku i sl.) potrebno se javiti liječniku. Deset dana nakon embriotransfera vrijeme je za hormonski test na trudnoću (beta-hCG), te ukoliko je test pozitivan nastavlja se sa preporučenom terapijom. Ultrazvučni pregled se planira dvadeset dana nakon embriotransfera kada se utvrdi broj i vitalnost usađenih embrija (Ciglar 2001; Randić 1992; Springer 1999).

Naravno, moguće su i određene komplikacije:

- sindrom ovarijalne hiperstimulacije;
- krvarenje i infekcije;
- povrede ovarija, materice ili abdominalnih organa, krvnih žila;
- komplikacije anestezije;
- stres i depresija;
- višeplodna trudnoća;
- vanmaternična trudnoća.

5. RODITELJSTVO – MOTIVACIJSKI ČIMBENICI

5.1 *Aspekti ideologije majčinstva*

Ideologija majčinstva vjekovima je oblikovana načelima patrijarhalne kulture, religije i dominantnim sustavima vrijednosti, morala i normi, koji na taj način stvaraju i održavaju poželjni kulturni obrazac, koji ženama ne daje mogućnost slobodnog izbora o (ne)rađanju (Kričković-Kale 2014).

Pojedina društva i kulture se međusobno vrlo razlikuju u takvim ideologijama mada je rađanje i briga o potomstvu temeljna odrednica svakog društva i sve zajednice na Zemlji imaju sustave kojima normiraju sve reproduktivne faze. Djevojčice od rane dobi usvajaju ideologiju i praksu majčinstva i motivaciju za ispunjenjem idealne majčinske uloge koja je obavezujuća u patrijarhalnom društvu. Biti majka smatra se društvenom obavezom (Badinter 2013). Dobru majku društvo nagrađuje – lošu sankcionira i stigmatizira te postavlja na dno hijerarhije majčinstva. U suvremenom društvu majčinstvo se smatra jednom od najvećih društvenih vrijednosti. S druge strane, od žene se očekuje da uspješno ispuni i niz drugih društvenih uloga, bračnih i profesionalnih. Kroz usklađenost različitih zahtjeva kojim se društvo obraća ženi: budi dobra majka, budi dobar radnik, budi poželjan seksualni objekt, budi uvijek mlada itd. pojam majčinstva dobiva nove aspekte. Modeli majčinstva oblikuju se aktualnim državnim, ekonomskim, socijalnim, tehnološkim te kulturnim, socijalnim i medicinskim utjecajima (Akrap 2011). Položaj žene je promjenljiv sukladno ženinim biološkim i socijalnim funkcijama. Njen najpovoljniji položaj je u ulozi majke, zatim domaćice, sestre, a najnepovoljniji je položaj nerotkinje, nevjestice i supruge.

Zbog stava šire društvene zajednice i teškog položaja u vlastitoj obitelji, nerotkinja je često spremna žrtvovati sve samo da zatrudni. Praktično ne postoje ograničenja koja takve žene ne bi prihvatile samo da uspiju roditi (Kričković-Kale 2014). Želja žene da ostvari svoju majčinsku ulogu, koja je uz to, pojačana i društvenim pritiskom, prije a i sada predstavlja motiv koji je pokretao vjeru u efikasnost određenih magijskih postupaka za koje se smatralo da će joj omogućiti plodnost. Stoga žene koje nemaju djece često imaju izražen duhovni aspekt i vjersku naklonjenost, nasuprot racionalnim shvaćanjima takve problematike (Kešina 1996).

Tendencije socioloških postavki suvremenih društava razgraničavaju pretpostavku da je majčinstvo urođena osobina žena. Tradicionalno povezivanje majčinstva i ženske prirode, poistovjećujući biološko i sociološko poimanje majčinstva zapravo negira činjenicu da je majčinstvo rad i obaveza (Eliacheff 2004).

Kada je majčinstvu pridodan epitet „prirodno“, sveukupni angažman u svezi s djecom smatra se ženskom „prirodnom“ odgovornošću koje žene obavljaju iz ljubavi koja je isto tako sasvim prirodna. U suvremenim društvima aktualna politika majčinstvo definiraju kao „posao iz ljubavi, ljubav kao posao“ (Juul 2002).

Majčinski instinkt je nešto što društvo potiče, a majčinska ljubav može, ali i ne mora postojati, može nastati ili nestati, biti slaba ili snažna. Ostvarenje želje za majčinstvom ispunjava ženu na osobnom planu, daje joj osjećaj sreće, ljubavi i zadovoljstva, ali istovremeno ‘biti mama’ je najveći izvor ženskog straha, tjeskobe i depresije. Majčinstvo kao subjektivan osjećaj za žene često je najvažniji izvor njenog osobnog identiteta (Marković-Vlašić 2002)

5.2 Motivacijski čimbenici roditeljstva

Na motivaciju za roditeljstvo, odnosno na potrebu, želju i odluku za dobivanje djece, utječu biološki, psihološki i socijalni faktori. O njihovoj interakciji ovisi preuzimanje i prihvaćanje roditeljske uloge i kvaliteta odnosa s djecom u različitim razdobljima života.

U adolescenciji doživljaj i praksa roditeljstva razlikuju se od onih u odrasloj dobi. Mladima nedostaju mnogi resursi koji omogućuju istaknutost roditeljske uloge i roditeljsku predanost (Kričković-Kale 2014; Lacković-Grgin 2010; Leutar 2004).

U mlađoj odrasloj dobi socijalna mreža ohrabruje roditeljstvo, što pridonosi porastu značenja majčinskoga, odnosno očinskog, identiteta, koji utječe na doživljaj roditeljstva i na otvorene oblike roditeljskoga ponašanja.

Doživljaj i praksa roditeljstva u zreloj odrasloj dobi povezani su s razvojem generativnosti, pa odnosi odraslih roditelja i njihove djece postaju kompleksniji. U odnosu s djecom pojavljuje se ambivalencija, posebice kad djeca nisu postigla predviđeni normativni status (završetak obrazovanja, financijsku neovisnost, sklapanje braka i dr.). U starosti, koja je posvećena rješavanju krize integriteta nasuprot očaju, aktualni doživljaj roditeljstva povezan je s evaluacijom njegovih značajki tijekom ranijih razdoblja života. Ishodi te evaluacije, jednako kao i kvaliteta aktualnih odnosa, određuju ponašanja prema odrasloj djeci te zadovoljstvo roditeljstvom (Fulgosi 1994; Gregurek et al. 2006). Roditeljstvo je kompleksan pojam koji uključuje odrednice kao što su: motivacija za dobivanje djece, preuzimanje prihvaćanje odgovornosti i brige za njihovu dobrobit, kao i vrijednosti i ciljevi koji se u roditeljskoj ulozi mogu realizirati.

Vrijednosti i ciljevi roditelja individualno su različiti, ali su, prema rezultatima nekih međukulturnih istraživanja, u svim kulturama zastupljene praktične i ekonomske vrijednosti roditeljstva, kao i psihološke vrijednosti, među kojima se ističu: emocionalna povezanost s djecom te osjećaj ispunjenosti i privrženosti (Juul 2002; Glenville 2005).

Doživljaj roditeljstva ovisi o spolu i dobi roditelja i djece, o kvaliteti partnerskih odnosa, ali i o konkretnoj društvenoj atmosferi, odnosno o povijesnom vremenu.

Na motivaciju za roditeljstvo, odnosno na potrebu, želju i odluku za dobivanje djece, utječu biološki, psihološki i socijalni čimbenici.

Postoje četiri teorije motivacije koje se najčešće spominju: To su:

- 1) altruistička motivacija – djecu se želi imati da bi im se pružala ljubav i zaštita, da bi se za njih brinulo ...
- 2) fatalistička motivacija – smisao života muškarca, odnosno žene, jest reprodukcija i produžavanje vrste, to je njihova sudbina i neizbježan dio života ...
- 3) narcistička motivacija – dijete će povećati vrijednost roditelja, ono će biti dokaz njihove muškosti, odnosno femininosti ...
- 4) instrumentalna motivacija – koja se u našim analizama pokazala multifaktorskom.

Roditeljstvo nije statičan odnos s djetetom, pa ga valja promatrati kao psihološki proces koji ima svoje faze razvoja. Emocionalne i instrumentalne transakcije roditelja i djeteta događaju se u različitim životnim razdobljima sudionika tih transakcija, ali i u različitim životnim okolnostima. Proces roditeljstva doživljava svojevrsnu renesansu kad odrasla osoba postane baka ili djed, jer tada još jednom proživljavaju vlastito roditeljstvo iz njegove prve faze. Ta ekstenzija roditeljstva, s obzirom na iskustvo i prirodu odnosa s unucima kao i odnosa s odraslom djecom, obilježena je nekim dodatnim zadaćama, kao što su npr. zamjenska briga o djeci kad su roditelji odsutni ili su se razveli, održavanje obiteljskoga kontinuiteta i mudrosti obiteljskoga života (Lacković-Grgin 2010). Spolne razlike u interpretacijama nekadašnjeg i sadašnjega shvaćanja roditeljstva su zbog prokreacije i roditeljstva predstavljale odricanje od kreativnih aktivnosti pojedinaca. Kod osoba obaju spolova doživljaj roditeljstva kao žrtvovanja također se može pripisati povijesnom vremenu. No bez obzira na povijesno vrijeme, doživljaj roditeljstva kao žrtvovanja prisutan je u onim individualnim slučajevima u kojima su ostarjeli roditelji iz raznih razloga zanemarivani od svoje odrasle djece. Čini se da zanemarivanje posebice potencira interpretaciju majčinstva kao žrtvovanja (Lacković-Grgin 2010).

6. PSIHOLOŠKI ASPEKTI STERILITETA

U posljednjih nekoliko godina istraživanja iz područja biomedicine donijela su značajna otkrića koja su poboljšala medicinske postupke, dijagnostiku i liječenje. Istovremeno, stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja bavili su se emocionalnim doživljajem steriliteta i liječenja neplodnosti.

Odluke vezane uz reprodukciju neizbježno utječu na život osobe koja ih donosi. Poznato je da na neke odluke koje su, čini se, donesene na svjesnoj razini više ili manje utječu i nesvjesni čimbenici. Pojava izrazite anksioznosti koja odgađa pravilno slijeđenje protokola vezanih uz medicinski potpomognutu oplodnju na svjesnoj razini može biti tumačena financijskim poteškoćama, interferencijom s karijerom, a zapravo se može raditi o nesvjesnom strahu od npr. majčinstva ili medicinskih intervencija u procesu začeća koji bi trebao biti prirodan. Socijalne promjene u zadnjih nekoliko desetljeća utjecale su na veličinu obitelji i vrijeme planiranja trudnoće (Badinter 2013).

Više mogućnosti za napredovanje u karijeri i veći broj žena koje rade van kuće utjecale su na odluke vezane uz reprodukciju. „Biološki sat“, tj. spoznaja da plodnost ima granicu formirala je temelj za mnoge odluke koje žene donose, dok u isto vrijeme u muškaraca takve pojave nema. Većina žena je svjesna da njihov biološki sat utječe na karijeru, brak, posao i stil života. Neplodnost, bila ona liječena ili ne, može uzrokovati različite psihološke reakcije. Odgovor na neplodnost ovisi o osobinama pojedinca, uključujući prilagodljivost, očekivanja od strane društva, podršku okoline, znanje o reproduktivnim procesima i stav prema liječnicima uključenima u terapiju. Pojava panike, bespomoćnosti i gubitka kontrole može narušiti samopouzdanje, osjećaj zdravlja i integriteta. Par je preplavljen kompleksnošću, cijenom, invazivnošću i nesigurnošću vezanom uz medicinsku intervenciju ili posvajanje (Vuković et al. 2008).

Gotovo svi pacijenti koji liječe neplodnost dožive gubitak privatnosti kada dolaze u kontakt s liječnicima, medicinskim osobljem, psiholozima, bolnicom i laboratorijskim osobljem. Intimnost, koja je sastavni dio braka, može biti dovedena u kušnju kada seksualna intima na neki način ovisi o tehnologiji.

6.1 Utjecaj psihe na neplodnost

Viđena je mogućnost prestanka ovulacije kod mlade žene oboljele od anoreksije, kada njezina psiha to prepoznaje kao znak da nije u stanju iznijeti trudnoću i dobiti dijete. Isto tako, žalovanje nakon smrti bliske osobe u obitelji može suprimirati ovulaciju.

Prema nekim autorima moglo bi se raditi o tome da žena još nije spremna zamijeniti izgubljenu osobu novom. Vrlo je teško dokazati ili opovrgnuti znanstvene hipoteze koje se odnose na psihogenu neplodnost. Prema nekim autorima čini se da u jednog dijela populacije i manje emocionalne traume mogu imati utjecaj na mogućnost začeća (Randić 1992).

Psiha utječe na plodnost u žena na tri različite razine:

1. Na površnoj razini: postoji direktan organski utjecaj kao u gore navedenim primjerima; anovulacija koja prati žalovanje.
2. Na dubljoj razini: nesvjesni čimbenici:
 - a) Potisnuta krivnja ili osjećaj srama povezan s prijašnjim događajima, npr. spontani pobačaj,
 - b) događaji u obitelji: rođak koji je umro u djetinjstvu (pogotovo majka),
 - c) horor priče o porođaju od strane prijatelja ili medija,
 - d) osjećaj krivnje i žaljenja ako se na trudnoću gleda kao prepreku za uspjeh u karijeri,
 - e) nezadovoljavajući ili neriješeni odnosi s majkom.

U tom slučaju žene često usmjeravaju svoju kreativnu energiju u postizanje visokih ciljeva i stvaraju kompleksan emocionalni svijet vezan uz plodnost i majčinstvo, nesvjesno prezirući svoje majke, a istodobno gledajući s ljubomorom na njihovu plodnost (Hrgović 1995; Alinčić 2003).

3. Na najdubljjoj razini: psihologički razvoj.

6.2 *Utjecaj neplodnosti na psihi*

Većina žena stvara sliku o djetetu koje će imati jednog dana. Ako je sposobnost ostvarivanja majčinstva ometena to može biti toliko značajan gubitak da nerijetko uvjetuje i pravi proces žalovanja. Prema nekim aspektima ovo žalovanje može biti gore od žalovanja za osobama koje smo poznavali i voljeli. To se događa zbog toga jer nema sjećanja na sretne trenutke, nije bilo intimnosti. Sve što te žene mogu je žalovati za nečim što je očekivano trebalo biti, a što duboko zadire kako u nagonu sferu ličnosti, tako i u aspekt ega i superega. Takvo žalovanje može biti dugotrajno, obnovljeno u menopauzi, a ispliva na površinu i kada generacijski prijatelji postanu bake i djedovi odnosno dobiju unuke. Depresija je jedna od mogućih posljedica utjecaja neplodnosti na psihi (Gregurek et al 2006). Dapače, relativno je česta, a dokazano češća u neplodnih osoba. S obzirom da bi majčinstvo trebalo biti prirodno i dostupno svim ženama, one koje imaju poteškoće da ga ostvare nerijetko se osjećaju drugačije, manje vrijedne, a ta nemogućnost ostvarivanja majčinstva ostavlja tako duboku frustraciju da, prema nekim autorima, ta frustracija ima utjecaj na izgradnju nekih aspekata osobnog identiteta. Podređenost želji i maksimalnom iskorištenju mogućnosti da se postane roditelj pomiče kvalitetu seksualnog i intimnog ispunjenja takvih parova od vođenja ljubavi, spontanosti i užitka ka slijedenju uputa liječnika kada imati seksualne odnose, te seksualni život postaje obveza i umjesto da potiče opuštanje i bliskost, nerijetko par podsjeća na postojanje problema neplodnosti. Gubitak kontrole nad vlastitom reprodukcijom za neke osobe s tim problemom postaje osobna katastrofa (Mindoljević-Drakulić 2015). Današnji dosezi moderne medicine kao i dostupnost medija povremeno pokazuju ishode trudnoće kod npr. starijih slavnih osoba, no ne ističu dovoljno da se radi o pojedinačnim primjerima, te druga strana priče koja govori o velikom broju sasvim običnih ljudi s tim problemom ostaje nedovoljno medijski popraćena, pa se tako propušta i upozoriti moderne žene da predugo odgađanje trudnoće, zbog npr. karijere, s biološkog stajališta nije prihvatljivo (Fulgosi 1994).

Stres je zasigurno jedan od važnih utjecaja neplodnosti na psihi. Iako se ponekad čini da je koncept neimanja djece postao društveno prihvaćeniji, u našoj kulturi još je uvijek uz njega vezana stigma. Iz kliničke prakse autora proizlazi da u osoba koje su suočene s problemom neplodnosti često sadržaji koji su vezani za djecu općenito, uz njihov odgoj i sl., a dani kao komentari, npr. njihovih prijatelja, mogu biti izvor visoke razine stresa, a da okolina, tj. pojedinci koji nisu suočeni s tom problematikom toga uopće nisu svjesni.

Fiziološki učinak stresa prati hormonski disbalans. Hipotalamo-pituitarno-adrenalna osovina važan je čimbenik u patogenezi neplodnosti iz barem dva razloga. Prvi je lučenje kortikotropin oslobađajućeg hormona (CRH), adrenokortikotropnog hormona (ACTH) i kortizola, a drugi je utjecaj na hipotalamo-pituitarno-gonadotropinsku osovinu (HPG osovina). Naime, promjene u dnevnim fluktuacijama izlučivanja kortizola koje su praćene psihičkim stresom djeluju negativnom povratnom spregom na HPG osovinu (Maćaš 2004). Posljedica toga je smanjeno otpuštanje gonadotropin oslobađajućeg hormona (GnRH), folikulostimulirajućeg hormona (FSH) i luteinizirajućeg hormona (LH). Nadalje, istraživanja su pokazala da je učinak kortizola na HPG osovinu pod endokrinim utjecajem jajnika ovisno o dijelu menstrualnog ciklusa. Konačno, može se pretpostaviti da promjena izlučivanja kortizola uzrokovana stresom dovodi do hormonalne neuravnoteženosti u kritičnom razdoblju začeca.

Osjećaj krivnje se često veže uz problematiku nemogućnosti ostvarenja roditeljstva. Ponekad se taj osjećaj veže i za nemogućnost nastavljanja generacije.

Iracionalna potreba za liječenjem kod nekih pojedinaca zahvaćenih ovim problemom postaje dominantna psihička potreba na štetu ostalih aspekata u životu.

Sram je također neugodan i bolan osjećaj koji prati parove s tim problemom. Gubitak samopouzdanja je sljedeći mogući negativan utjecaj neplodnosti na psihi koji se očituje u tome da se žena osjeća sterilno, prazno, bezvrijedno, što utječe na njezinu vezu i posao. Poteškoće u ostvarivanju roditeljstva vrlo često uzrokuju i probleme u vezi koje se kreću od pogoršanja interpersonalnih odnosa pa do ostavljanja osobe koja je „kriva za neplodnost“. Ponekad je tuga kao problem koji prati neplodnost toliko duboka i velika da se potiskuje, a sram, ljutnja, strah, ljubomora i zavist izlaze na površinu (Gregurek et al 2006; Valjan 2002). To se potencijalno odražava na partnera, prijatelje i kolege na poslu.

6.3 *Neurotski poremećaji u okviru neplodnosti*

Depresija i anksioznost često se javljaju u pacijenata koji su neplodni ili su u procesu liječenja neplodnosti metodama potpomognute oplodnje. Pojačani psihološki zahtjevi, osobito oni koji su izvan granica uobičajenog, u predisponiranih osoba za psihosomatski način reagiranja, češće dovode do anksioznosti koja može imati različite psihičke i somatske manifestacije. Najčešća osobina ličnosti kod parova koji su u procesu potpomognute oplodnje i imaju simptome anksioznosti i/ili depresije je neuroticizam (Friščić i Kušević 2013).

Prema nekim istraživanjima pojedine osobine ličnosti mogu služiti kao svojevrsni indikatori za razvoj anksioznosti i depresije nakon neuspjelog liječenja neplodnosti.

Bespomoćnost i bračno nezadovoljstvo također su rizični faktor za razvoj anksioznosti i depresije, dok su prihvaćanje i podrška okoline zaštitni faktor. Pojava depresije povezana je s manjim brojem aspiriranih oocita u procesu potpomognute oplodnje, ali nije povezana s brojem spermija već s njihovim motilitetom.

Žene koje tek počinju s postupcima metode potpomognute oplodnje neznatno se emocionalno razlikuju od žena u općoj populaciji. Neuspjeh metode uzrokuje pojavu negativnih emocija koje se produbljuju to više što su metode duže neuspješne. Općenito gledajući, žene se dobro prilagođavaju neuspjehu metoda, iako neke pokazuju subkliničke emocionalne probleme. Negativne emocije većinom nestaju uspjehom metode (Friščić i Kušević 2013). Prema nekim istraživanjima anksioznost i depresija nemaju negativan učinak na ishod u žena koje su u prvom ciklusu izvantjelesne oplodnje, a prema nekima se kod blažih protokola izvantjelesne oplodnje javlja manje depresija. Depresija poprima sve težu kliničku sliku što je više ciklusa neke od metoda potpomognute oplodnje s negativnim ishodom. Viđeno je da nakon tri godine liječenja neplodnosti težina kliničke slike depresije ne raste više toliko brzo ili čak stagnira.

Metode potpomognute oplodnje pomogle su mnogim neplodnim ženama u ostvarenju reprodukcije, ali često ishod tih metoda nije očekivan što može aktivirati obrambene mehanizme i žalovanje koji pomažu u nošenju sa stresnim životnim događajem. Najčešći način žalovanja je cjenkanje, zatim prihvaćanje, depresija, ljutnja, poricanje i izolacija (Friščić i Kušević 2013). Od obrambenih mehanizama, prema nekim istraživanjima, najčešće se, u širem smislu, koriste konfrontacija, optimizam, oslanjanje na samog sebe, fatalizam, podrška, izbjegavanje, poricanje i sublimacija. Viđeno je da se u žena somatizacija javlja češće nego u muškaraca.

Emocionalne reakcije neplodnih parova ovise o razlici u stupnju edukacije, duljini trajanja liječenja, broju pokušaja postizanja trudnoće i broju djece koju već imaju.

Kvaliteta života i kvaliteta života povezana sa zdravljem značajno je lošija kod neplodnih žena, međutim kod muškaraca kvaliteta života nije značajno lošija. Moglo bi se pretpostaviti da će odnos između supružnika biti lošiji kod problema s neplodnošću, međutim, jedna je studija dokazala upravo suprotno. Druge studije ipak su pokazale da je kvaliteta bračnog života narušena neplodnošću (Friščić i Kušević 2013).

Zanimljivo je da rezultati testa za trudnoću u žena izazivaju depresiju, ne anksioznost, a u muškaraca ne izazivaju ni jedno od navedenog. Psihološko savjetovanje se zbog toga prema nekima preporučuje između prijenosa zametaka i testiranja na trudnoću. Usporedbom samopouzdanja tokom trudnoće u žena koje su začele izvantjelesnom oplodnjom i onih koje su začele prirodnim putem ne nalaze se značajne razlike. Samopouzdanje općenito raste kako trudnoća odmiče prema kraju.

Samopouzdanje u trudnoći je obrnuto proporcionalno s anksioznošću, tj. što je samopouzdanje veće, anksioznost je manja.

Općenito u suvremenim psihološkim istraživanjima reprodukcije najčešće se ispituje stupanj stresa i faktori koji na njega utječu kod neplodnih žena u programima izvantjelesne oplodnje, a fertile žene se ispituju u svezi sa fenomenom nedovoljnog rađanja. Radovi proizašli iz takvih istraživanja usmjereni su na analizu psiholoških profila neplodnih parova, ispitivanje motivacije za roditeljstvom, mjerenja nivoa stresa, praćenje ishoda trudnoća, i ukoliko je došlo do rođenja djeteta, ispitivanje razvoja osobnosti djece rođene nakon izvantjelesne oplodnje i obiteljskih odnosa i uspoređivanje s obiteljima sa spontano začetom i usvojenom djecom (Friščić i Kušević 2013). Na osnovi rezultata istraživanja psiholozi ukazuju na opasnost od zanemarivanja emocionalnog stanja i primarnu usmjerenost na medicinske i biološke aspekte liječenja neplodnosti i zalažu se za fokusiranje na psihološke i emocionalne potrebe u smislu razumijevanja neplodnosti, kontinuiranog informiranja, suportivnog i terapijskog savjetovanja neplodnih parova (Gregurek et al. 2006; Friščić i Kušević 2013).

6.4 ZAKONSKI OKVIRI LIJEČENJA STERILITETA

U Hrvatskoj je na snazi Zakon o medicinski potpomognutoj oplodnji kojim se uređuju uvjeti za ostvarivanje prava na medicinski potpomognutu oplodnju te prava, obveze i odgovornosti svih sudionika postupaka medicinski potpomognute oplodnje.

U primjeni postupaka medicinski potpomognute oplodnje štiti se dostojanstvo i privatnost osoba koje sudjeluju u postupku medicinski potpomognute oplodnje, kao i osoba koje daruju spolne stanice, odnosno zametke. Pravo na medicinski potpomognutu oplodnju uz uvjete Zakona imaju punoljetni i poslovno sposobni žena i muškarac koji su u braku, odnosno u izvanbračnoj zajednici i koji su s obzirom na životnu dob i opće zdravstveno stanje sposobni za roditeljsku skrb o djetetu. Pravo na medicinski potpomognutu oplodnju na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ima žena u pravilu do navršene 42. godine života. Liječnik koji provodi postupak medicinski pomognute oplodnje, iz osobito opravdanih zdravstvenih razloga može omogućiti pravo na medicinski pomognutu oplodnju i ženi nakon navršene 42. godine života.

Prije provedbe postupaka homologne oplodnje bračnim, odnosno izvanbračnim drugovima može se omogućiti psihološko ili psihoterapijsko savjetovanje. Pravno i psihološko ili psihoterapijsko savjetovanje obvezno se provodi prije postupka heterologne oplodnje. Magistar psihologije ili liječnik specijalist psihijatrije obavezan je bračne, odnosno izvanbračne drugove upoznati s mogućim psihičkim posljedicama postupka medicinski pomognute oplodnje. O provedenom savjetovanju magistar psiholog ili liječnik specijalist psihijatrije izdaje pisanu potvrdu.

Roditelji su obvezni osobu začetu i rođenu uz pomoć medicinski pomognute oplodnje darovanom sjemenom stanicom ili darovanom jajnom stanicom ili darovanim zametkom, najkasnije do 18. godine života upoznati da je začeta uz pomoć medicinski pomognute oplodnje. Radi sustavnog praćenja pojava, razmatranja pitanja i obavljanja drugih poslova u vezi s primjenom Zakona, ministar osniva i imenuje Nacionalno povjerenstvo za medicinski pomognutu oplodnju.

Zakon nudi pravnu regulativu po kojoj su propisani standardi provođenja MPO. U jednom svom dijelu naglašava i psihološki aspekt savjetovanja kao dio cjelovitog postupka. Zasiurno, pravne norme djeluju u trenutku u kojem su nastale, i čimbenici koji su utjecali na formalizaciju takvih normi moraju se mijenjati, potaknuti odgovorima iz stvarnog života i tehnološkim napretkom takvog sustava.

7. HIPOTEZE

1. Ključni psihološki aspekt motivacije za roditeljstvom kod žena očituje se u želji za podizanje i odgojem djece te u procesu identifikacije žene s ulogom majke.
2. Na motivaciju za roditeljstvom utječu primarno osobni stavovi i težnje, dok utjecaj okoline nema bitnog značenja.
3. Kvaliteta života kod žena koje ostvaruju ulogu majke bez potpomognutih načina oplodnje je veća i sadržajnija nego kod žena koje se za takvu ulogu bore medicinski potpomognutim metodama.

8. CILJ

Osnovi cilj rada je kritička analiza psihološkog aspekta steriliteta kao fenomena te odnosi prema novim reproduktivnim tehnologijama i majčinstva među ispitivane populacije, kao i razumijevanje motiva koji utječu na to da žene žele ostvariti majčinsku ulogu. U smislu toga, radom će se pokušati:

- utvrditi profil žene koje žele postati majke uz pomoć izvantjelesne oplodnje na osnovu analize dobivenih sociodemografskih pokazatelja,
- analizirati odnose ispitanica prema braku i djeci,
- analizirati stavove žena uključenih u program izvantjelesne oplodnje u svezi sa samom procedurom i načinima formiranja obitelji uključanjem treće i drugih osoba (donacije, surogat majčinstvo, posvojenje),
- ispitati motivaciju za majčinstvom kod žena u programu izvantjelesne oplodnje,
- istražiti stupanj i vrstu diskriminacije zbog toga što nemaju djece,
- ispitati njihovu procjenu kvalitete življenja i psihološke fenomene koji ih prate u postupku pokušaja ostvarenja majčinstva.

Uvođenjem kontrolne skupine ispitanica, trudnica koje nisu koristile potpomognutu oplodnju, stvorio se temelj za uspoređivanjem ovih dviju grupa žena, što čini pojedinačne ciljeve istraživanja:

- uvid u vrstu i eventualnu razlikovnost motivacije za roditeljstvom kod ispitivane i kontrolne skupine ispitanica,
- ispitivanje procjene zadovoljstva životom kod ispitivane i kontrole skupine ispitanica.

9. METODE

U cilju razrade teme, analize i prikupljanja podataka primijenjene su slijedeće istraživačke metode:

- Anketno istraživanje
- Statistička metoda
- Metoda deskripcije
- Metoda kompilacije

Anketno istraživanje provedeno je u cilju prikupljanja i obrade podataka o ženama koje ne sudjeluju u reprodukciji, odnosno o nenamjernom sterilitetu žena koje su uključene u program liječenja neplodnosti.

Kvantitativni podatci obrađivani su uz pomoć statističkih metoda, a kvalitativni su analizirala uz pomoć metode deskripcije.

10. ISPITANICE I POSTUPAK

Istraživanjem je obuhvaćeno 500 ispitanica koje su podijeljene u dvije grupe: ispitivanu i kontrolnu. Ispitivanu skupinu je sačinjavalo 250 žena koje su bile u programu MPO Kliničkom bolničkom centru Zagreb, Klinici za ženske bolesti i porode, Petrova, Kliničkoj bolnici „Sveti Dug“, Zagreb, privatnim ambulantama i poliklinikama za ginekologiju i opstetriciju „Šparac“, „Cito“, „Gynenova“, „Grzunov“ u Splitu, te ordinaciji „Dr. Karmen Čerškov“ u Kaštel Sućurcu, i 250 trudnica u navedenim klinikama, kao kontrolna skupina.

Ispitivanu skupinu su činile žene starije od 18 godina, udane ili u izvanbračnoj zajednici, bez živorođene djece, koje su uključene u program MPO. Kontrolnu skupinu činilo je 250 trudnica kojima je to bila prva trudnoća, a koje su zatrudnjele spontano. Kriteriji za isključivanje iz istraživanja u kontrolnoj grupi su: višerotkinje, liječen sterilitet, rekurentni pobačaji, trudnoća nakon vantjelesne oplodnje i trudnice kod kojih je postojala sumnja ili je dijagnosticirana anomalija ploda.

Anketom su prikupljani relevantni podatci u svezi s motivacijom žena za majčinstvom, kao jednim od ključnih psiholoških aspekata steriliteta, u okviru kojega svoju želju za potomstvom pokušavaju ostvariti biomedicinski potpomognutim metodama oplodnje. Ispitanice su popunjavale upitnik u toku različitih faza programa, najčešće u vrijeme hospitalizacije radi aspiracije jajnih stanica i na dan embrio – transfera, na kraju ciklusa. Ispitanice su upitnike popunjavale u bolesničkim sobama tako što su usmeno informirani o ciljevima istraživanja i strukturom upitnika, uz naglasak da je anketa anonimna i isključivo za svrhu izrade ovog diplomskog rada.

11. INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA

U cilju prikupljanja podataka sačinjen je anketni upitnik od 28 pitanja koji je podijeljen u nekoliko cjelina. Prva skupina pitanja odnosi se na opće podatke o dobi, mjestu stanovanja, nacionalnosti, vjeroispovijesti, religioznosti, stručnoj spremi, radnom statusu i materijalnom položaju para. Potom slijede pitanja o odnosima u braku, fertilnoj povijesti... Naredna skupina pitanja odnosila se na informacije o liječenju steriliteta, o prethodnim pokušajima izvantjelesne oplodnje i stavovima vezanim za postupak.

Motivacija za roditeljstvom ispitivana je uz pomoć modificirane skale Likertovog tipa koja sadrži od 29 tvrdnji. Ukupno 29 tvrdnji je podijeljeno u 5 skupina motiva: kontinuitet obitelji, njega i odgoj djeteta, odnos među partnerima, društveni pritisak za rađanjem i instrumentalističko – materijalistički motivi. Od toga je 21 tvrdnja je afirmativnog tipa – “za imati dijete” a 8 tvrdnji pripadaju grupi razloga zbog kojih ne bi trebalo imati djecu. Posljednja skupina od četiri pitanja otvorenog tipa odnosi se na socijalni aspekt – osjećaju li neki oblik diskriminacije, o statusu nerotkinja u društvu, emocionalnom doživljaju steriliteta i mišljenju o ženama koje ne žele rađati.

Zadovoljstvo životom mjereno je SWLS skalom (Satisfaction With Life Scale) koju su 1985. godine konstruirali autori Diner, Emons, Larsen i Griffin. SWLS je kratka skala od pet tvrdnji koja je dizajnirana s ciljem da utvrdi globalne kognitivne stavove o životnom zadovoljstvu. Skala ne mjeri zadovoljstvo posebnih aspekata života, već omogućava ispitaniku sažeti opći dojam zadovoljstva koji najviše odgovara osobnom doživljaju, ocjenom na skali u rasponu od 1 do 7.

Ispitanice kontrolne skupine popunjavale su upitnik koji je bio sačinjen od pitanja sa odgovarajućim sociodemografskim upitima (godine života, mjesto stanovanja, stručna sprema, nacionalnost i vjeroispovijest), skalu Motivacije za roditeljstvom kao i SWLS skalu.

12. STATISTIČKA OBRADA

Dobiveni podatci su obrađivani pomoću statističkog paketa IBM SPSS 20., a grafički prikazi su izrađeni u MS Excell 2016. Korištene su metode deskriptivne statistike i statističke metodu za uspoređivanje nezavisnih uzoraka, Studentov t-test. Studentov t-test korišten je za mjerenje varijabilnosti srednjih vrijednosti ispitivanih stavova između dvije skupine ispitanica.

Za sve vrijednosti $p < 0.05$ se smatralo da postoji statistički značajna razlika između aritmetičkih sredina dva uzorka.

13. REZULTATI

Rezultate istraživanja predstaviti će se u slijedećim poglavljima:

- Sociodemografski podatci o ispitanicama,
- Odnos prema braku i djeci,
- Odnos ispitanica prema izvantjelesnoj oplodnji,
- Motivacija za majčinstvom,
- Diskriminacija, status nerotkinje i emocionalni doživljaj steriliteta,
- Analiza skale procjene zadovoljstva životom.

13.1 Sociodemografski podaci o ispitanicama

Analiza sociodemografskih podataka ispitanica značajan je pokazatelj koliko dob žene, obrazovanje, materijalni status, radni status, etnicitet i religioznost utječu na pomicanje dobne granice stupanja u partnerske zajednice i odluke o roditeljstvu. Na početku upitnika traženo je od ispitanica iznijeti osnovne sociodemografske podatke bitne za analizu kao što su: dob, obrazovanje, radni status, mjesto stanovanja, te procjena materijalnog statusa, te nacionalnost, vjeroispovijesti i stupanj religioznosti. Ispitanice iz ispitivane grupe predstavljati će se kao MPO žene (žene uključene u postupak medicinski potpomognute oplodnje) a ispitanice iz kontrolne grupe kao trudnice.

Prosječna dob ispitanica u postupku MPO je 34 godine, a trudnice su u prosjeku imale 28 godina. Većina ispitanica stanuje u gradu (68%) i ima završenu srednju četverogodišnju školu (38%), a stupanj obrazovanja je i u kontrolnoj grupi identičan.

Podatak da više i visoko obrazovanje i neki oblik postdiplomskih studija ima 42% ispitanica, govori u prilog tendenciji da žene u odlažu sklapanje braka i roditeljstvo za period nakon školovanja i eventualnog za zaposlenja. Kod trudnica je ovaj udio nešto niži (32%), zato što su one u prosjeku 6 godine mlađe.

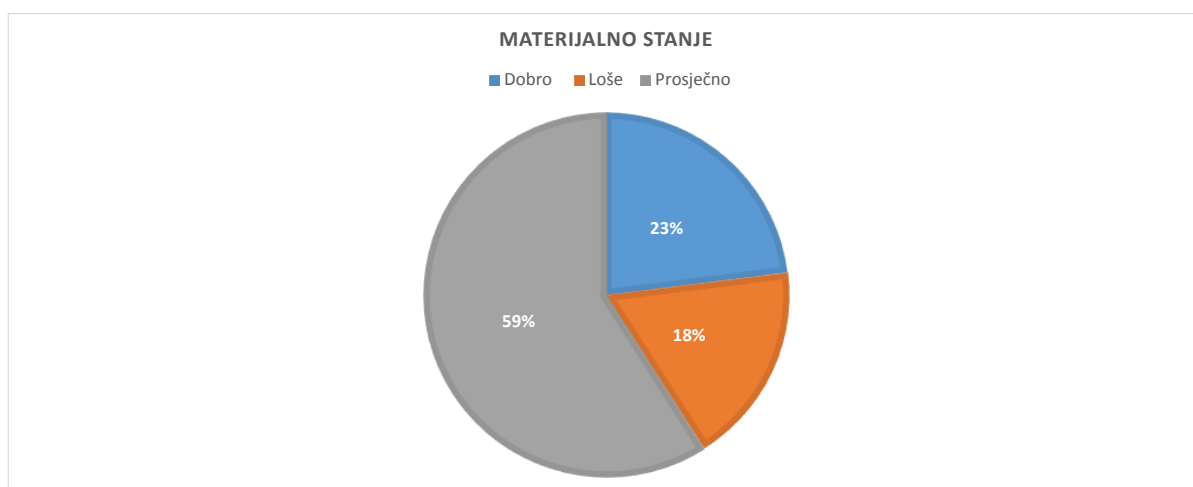
Tablica 1. Stručna sprema i radni status ispitivane i kontrolne skupine

Stupanj stečene stručne sprema Ispitanice	Radni status								Ukupno	
	Zaposlena u privatnoj ustanovi		Zaposlena u državnoj ustanovi		Obavlja kućne poslove/domaćica		Nezaposlena			
	IS	KO	IS	KO	IS	KO	IS	KO	IS	KO
Osnovna škola	0	2	0	1	12	15	15	22	27	40
Srednja škola III. st	8	4	7	7	31	16	10	19	56	46
Srednja škola IV. st	21	18	21	18	15	9	11	13	68	58
Prvostupništvo, viša škola	15	19	21	31	6	2	8	10	50	62
Visoko obrazovanje, specijalizacija,...	16	21	24	21	3	1	2	1	45	44
Doktorat	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0
UKUPNO	60	64	77	78	67	43	46	65	250	250

Svoje materijalno stanje ispitanice su u najvećem broju procijenile kao prosječno (58%). Financijsku situaciju kao lošu procijenilo je 24% ispitanica, a kao dobru njih 18%. U kontrolnoj grupi materijalno stanje je: dobro 17,6%, prosječno 60,8%, loše 19,6%.

U Hrvatskoj je prema podacima Državnog zavoda za statistiku (2015.) 58,8% radno sposobnih žena zaposleno, a 75% žena koje su završile fakultet nalazi se u radnom odnosu. U istraživanju je dobiven podatak da je njih 67% zaposleno, što je iznad republičkog prosjeka, a 75% njih svoje materijalno stanje ocjenjuje kao zadovoljavajuće.

Iz dobivenih podataka može se zaključiti da se ispitanice odlučuju na rađanje tek nakon ostvarivanja ekonomske neovisnosti.



Grafikon 1. Materijalno stanje ispitanica

Iako je prema posljednjem popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj bilo 86,28% stanovnika katoličke vjeroispovijesti u istraživanju se kao pripadnica katoličke vjeroispovijesti izjasnilo njih 82% što odgovara podacima za Hrvatsku.

Tablica 2. Vjeroispovijest i nacionalnost ispitanica

Vjeroispovijest			Nacionalnost		
	MPO žene	Trudnice		MPO žene	Trudnice
katolička	205	185	hrvatska	200	185
	82,0%	74%		80%	74%
pravoslavna	30	28	bošnjačka	25	40
	12,0%	11%		10%	16%
evangelistička	10	7	talijska	10	0
	4,0%	3%		4%	
nisam vjernica	5	10	slovačka	10	5
	2,0%	4%		4%	2%
islamska	0	20	srpska	5	20
		8%		2%	8%

Ukupno 205 ispitanica je katoličke vjeroispovijesti, 30 pravoslavne, a 10 ispitanica se izjasnilo kao pripadnica evangelističke vjeroispovijesti, dok se pet izjasnilo da nije vjernica. Hrvatske nacionalnosti je 80%, 25% je bošnjačke, dok su 5% srpske nacionalnosti. U kontrolnoj skupini distribucija etniciteta i vjeroispovijesti je identična.

Tablica 3. Stav prema religiji

OSOBNI STAV ISPITANICA PREMA RELIGIJI	N(broj ispitanica)	%
Vjernica sam, jer prihvaćam sve što moja vjera (crkva) uči	60	24,0
Vjernica sam, jer se pridržavam svih običaja koje nalaže moja vjera	15	6,0
Vjernica sam, ali ne prihvaćam sve što moja vjera uči	110	44,0
Nisam sigurna jesam li sam religiozna ili ne	15	6,0
Nisam vjernica, ali uvažavam religijska uvjerenja i pripadnost drugog	35	14,0
Nisam vjernica i religija me ne zanima	15	6,0
UKUPNO	250	100,0

Detaljnijom analizom osobnog stava ispitanica prema religiji primijećeno je da su ispitanice zapravo podijeljene u dvije grupe: na religiozne (74%) i nereligiozne (26%), odnosno, na one koje ne vjeruju (20%) i na one koje nemaju jasan stav prema religiji (6%).

U prvoj skupini, religioznost se iskazuje na različite načine, među kojima dominira kritički odnos prema svojoj crkvi kao i to da vjernice ne prihvaćaju sve što njihova vjera uči (44%).

Druge po brojnosti su vjernice sklone dogmatskom mišljenju i prihvaćanju svega onog što vjera nalaže (24%). Na trećem mjestu su nereligiozne koje uvažavaju religijska uvjerenja drugih (14%). Četvrto, peto i šesto mjesto dijele obredne vjernice, koje svoju religioznost iskazuju obredom, više u ponašanju nego u teoriji, one koje nisu sasvim sigurne vjeruju li ili ne i one koje uopće nisu religiozne (6%) .

13.2 Odnos prema braku i djeci

Odnos prema braku i djeci ispitivao se preko pitanja: koliko su zajedno u vezi te preko njihove procijene zadovoljstva partnerskim odnosima. Ispitivano je i koliko sterilitet utječe na promjenu odnosa između partnera i procjenu zadovoljstva partnerskim odnosima, oblik neplodnosti i koliko je partnerima važno da dobiju potomstvo.

Ispitanice su u braku/vezi sa partnerom u prosjeku 6,88 godina. Najkraće su dvogodišnje veze (5), a najduža 15 godina (1). Od ispitanica je traženo da ocijene partnerske odnose na skali 1-9. Prosjek zadovoljstva je vrlo visok i iznosi 7,36. Ukupno 48% ispitanica smatra da im se odnosi nisu promijenili od kada su se suočili sa problemom steriliteta, 24% da su se pogoršali, 18% nije moglo procijeniti, a 10% smatra da su se odnosi poboljšali.

Prosječna starost provorotki u Hrvatskoj je 28,4 godina (DZS, listopad 2015.). Ovaj podatak se slaže sa prosječnom starošću žena iz ispitivane skupine.

Tablica 4. Procjena važnosti rođenja djeteta za ispitanicu i za partnera

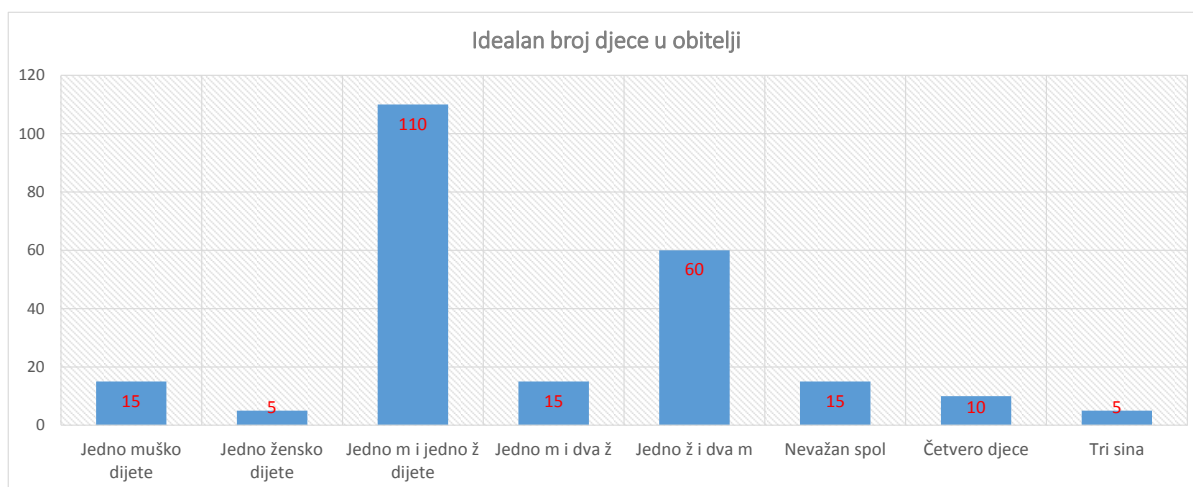
Žena			Suprug/Partner		
Izrazito važno	165	66%	Izrazito važno	145	58%
Važno	80	32%	Važno	95	38%
Srednje važno	5	2%	Srednje važno	10	4%
Malo	0	0%	Malo	0	0%
Niti malo	0	0%	Niti malo	0	0%

Vrednovanje važnosti rođenja djeteta za ispitanicu i partnera ponuđena je na skali od 1 do 5. Kako se pretpostavlja da je jedan od najvažnijih preduvjeta za stabilnost bračne zajednice zajednička odluka o rađanju djece, ovo pitanje pokazuje važan utjecaj steriliteta i njegovog liječenja na partnerske odnose. Ukupno 66% ispitanica je odgovorilo da im je izrazito važno da se rodi dijete, 32% smatra da je važno, a srednje je važno samo jednoj ispitanici (10 godina u braku, ovo je 4 MPO na inicijativu partnera).

Ukupno 58% ispitanica smatra da je njihovim parterima izrazito važno da dobiju dijete, 38% misli da im je važno, a srednje važno 4%.

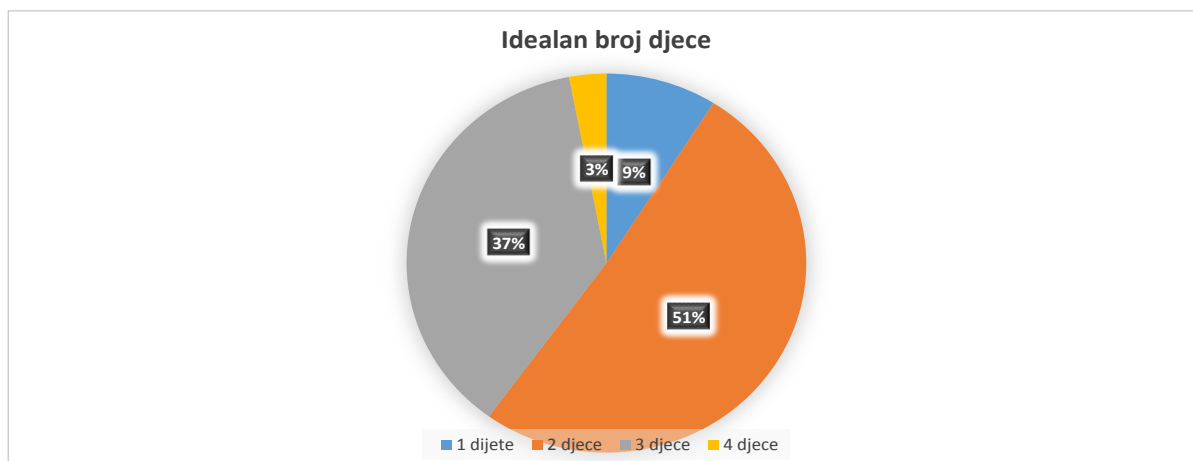
U istraživanju se pokušalo otkriti koliko fertilna povijest majke i mišljenje o idealnom broju djece u obitelji utječu na njihovu želju za djetetom. Majke ispitanica u prosjeku imaju 2,28 djece, a imale su 23,4 godina kada su ih rodile.

S obzirom na podatak da je 78% ispitanica rođeno kada su njihove majke bile mlađe od 25 godina, a da je prosječna starost ispitanica 34 godina, uočava se generacijsko pomicanje starosne granice u pogledu sklapanja braka i odluke o roditeljstvu. Međutim, iako je fertilni period njihovih majki završen a ispitanice se još uvijek nalaze u dobi kada imaju šansu roditi, jasno je da će ispitanice, čak i ako rode dijete, imati manji fertilitet nego njihove majke.



Grafikon 2. Frekvencije željenog broja i spola djeteta

Ukupno 110 ispitanica (44%) smatra da je idealan broj djece dvoje i to različitog spola. Dva dječaka i jednu djevojčicu najpoželjnijim smatra 24% ispitanica. Četvero djece idealnim smatra 10 ispitanice a jedno dijete njih 20 ispitanica. Zanimljivo je da je pet ispitanica iskazalo da je idealan broj djece u obitelji po spolu tri sina što ukazuje na patrijarhalni stav o rađanju.



Grafikon 3. Idealan broj djece u obitelji

Da je idealno imati dvoje djece smatra 51%, a 37% ispitanica smatra da je idealno imati troje djece. Značajne razlike između fertilnih i neplodnih žena su u broju idealnog i mogućeg broja djece, najčešće razlike su izražene u želji za jednim i četvero djece.

Stav o važnosti rađanja djece i odnos ispitanica prema ženama koje su odlučile da ne rađaju provjeravani su pitanjem otvorenog tipa: “Kakav je Vaš stav o ženama koje ne žele rađati djecu?”. Odgovor na postavljeno pitanje dalo je 95 ispitanica (38%).

Ukupno 55 ispitanica misli da je to stvar osobnog izbora i slobodna odluka svake žene da odlučuje o svom životu koju treba poštovati:

- *Potpuno razumijem takvu odluku. Dijete je velika obaveza i traži mnogo (doživotnog) truda i odgovornosti. Podržavam ljude koji svjesno izaberu radije se posvete drugim stvarima. (34 godine, 1 MPO);*
- *Imaju pravno na svoje mišljenje, ne osuđujem nikoga (33 godine, 1 MPO).*

Nekoliko ispitanica je pokazalo određeni stupanj razumijevanja za takvu vrstu odluke i dalo slijedeći komentar:

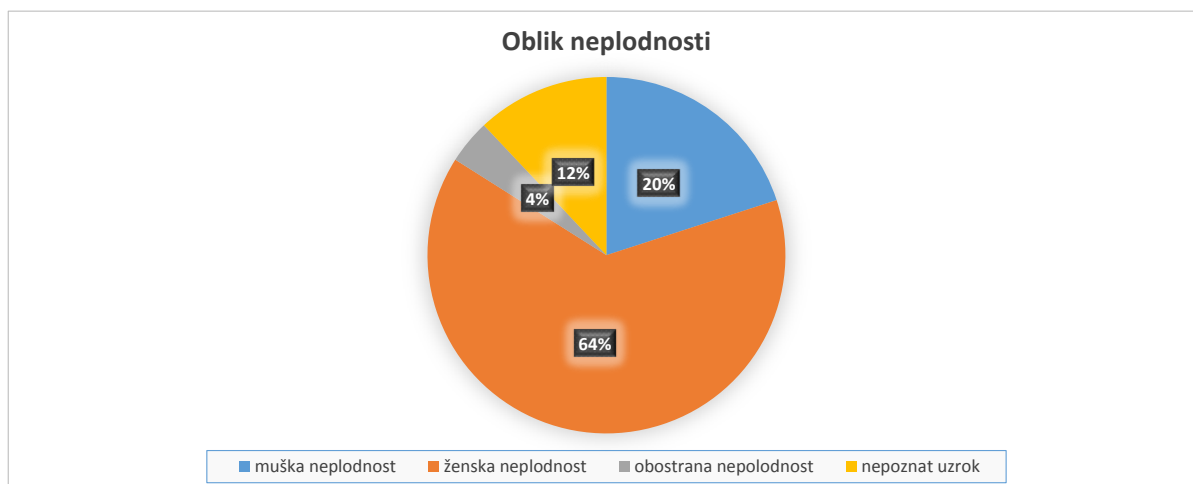
- *Poštujem njihovu odluku, ali ih ne razumijem (29 godina, 1 MPO);*
- *Bolje i to nego biti loša majka (40 godina, 5 MPO).*

Ukupno 32 ispitanice nisu imale razumijevanja za ovakvu slobodu izbora i osuđuje žene bez djece:

- *Svako zna svoje, ali ja mislim da griješe, djeca su radost (36 godina, 2 MPO);*
- *Ne znaju cijeniti mogućnost rađanja (36 godina, 6 godina liječenja);*
- *Smatram da će se u toku života kad tad pokajati, samo što će onda vjerojatno biti kasno (32 godine, 1 MPO);*
- *Opravdavam ih jedino ako su bolesne (37 godina, 2 MPO);*
- *Kad pomislim kako se ja mučim sve ovo vrijeme liječenja onda ih osuđujem (33 godine, 2 MPO);*
- *Ako mogu a ne žele, onda su sebične (30 godina, 1 MPO).*

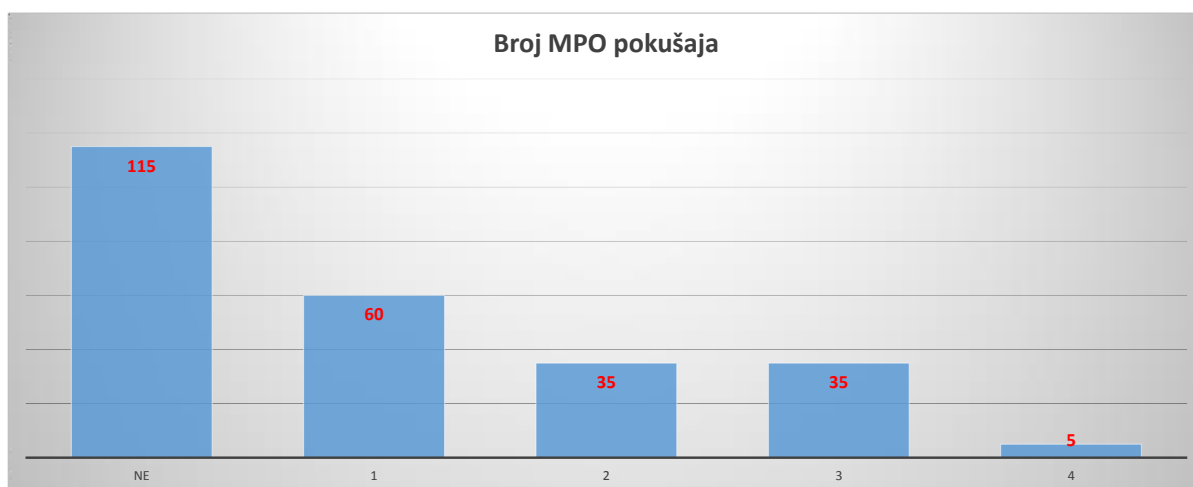
13.2.1 Odnos ispitanica prema medicinski potpomognutoj oplodnji (MPO)

Provedena istraživanja pokazala su da parovi u programima MPO uglavnom imaju stabilne brakove, tj. skladne partnerske odnose i obostranu veliku želju za djetetom. Rezultati takvih istraživanja pokazuju da mnogi parovi ulaze u programe s nerealnim očekivanjima i nadom u siguran uspjeh i uglavnom odbijaju psihološko savjetovanje i upoznavanje o statističkim vjerojatnostima i ishodima jer im mogućnosti MPO pružaju vjeru i nadu da će im tehnologija pomoći postati roditeljima.



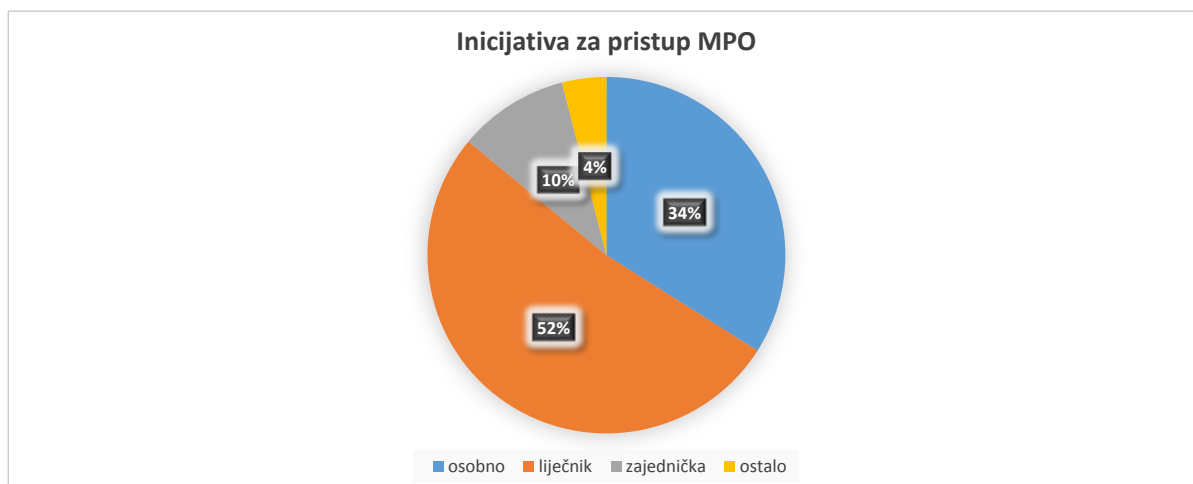
Grafikon 4. Oblik neplodnosti među ispitivanom skupinom

Iako statistike govore da je uzrok steriliteta podjednako podijeljen između žena i muškaraca, 160 (64%) ispitanica je odgovorilo da one imaju problema sa začećem, a njih 50 (20%) da je uzrok neplodnosti subfertilnost partnera. Kod njih 30 (12%) uzrok nemogućnosti začeća je neotkriven. U slučaju 10 parova, oba partnera imaju probleme.



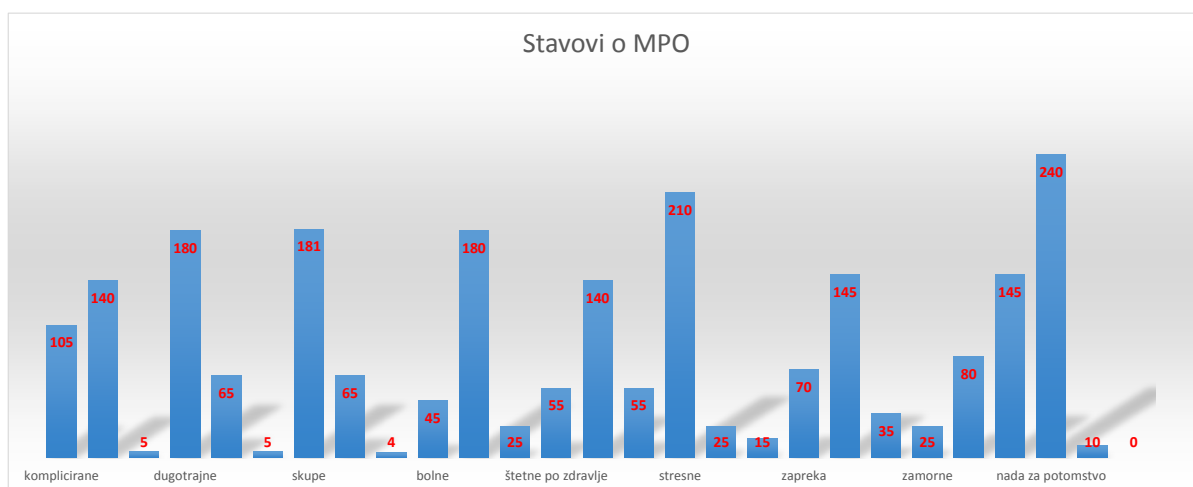
Grafikon 5. Frekvencije pokušaja MPO kod ispitivane skupine

Za 46% ispitanice ovo je prvi pokušaj MPO. Ukupno 24% je imalo jednu neuspješnu, po dvije i tri MPO njih 14%, a 5 ispitanica je do sada imala četiri neuspješne MPO.



Grafikon 6. Udjeli inicijative za pristup MPO

Ispitanice su u programu MPO najčešće na prijedlog liječnika (52%), a na osobnu inicijativu 34%. 10% ispitanica smatra da je odluka o postupku MPO donesena zajednički s partnerom, a 4% su u programu na inicijativu partnera.



Grafikon 7. Stavovi ispitanica prema MPO

Da je postupak MPO vrlo kompliciran misli 105 ispitanica, 140 misli da je malo, a 5 da nije niti malo kompliciran. Ukupno 180 anketiranih žena smatra da postupak vrlo dugo traje, da ne traje toliko dugo misli 65 žena, a 5 smatra da je kratak, što nam samo pokazuje da su ispitanice prilično nestrpljive i da bi u najkraćem mogućem roku žele da rezultate. Da je MPO skupa misli 181 žena, a 65 da je postupak prihvatljiv po koštanju.

Kao vrlo bolan, postupak je ocijenilo 4 ispitanice, a osrednje bolnu 45. Po 55 ispitanica smatra da je metoda vrlo ili niti malo štetna, dok 140 misli da je šteta za organizam žene zanemariva. Na pitanje o stresnosti postupka dobiveni su slijedeći odgovori: vrlo je stresan misle 55, malo stresan 210, da nimalo ne uzrokuje stres misli 25 ispitanica.

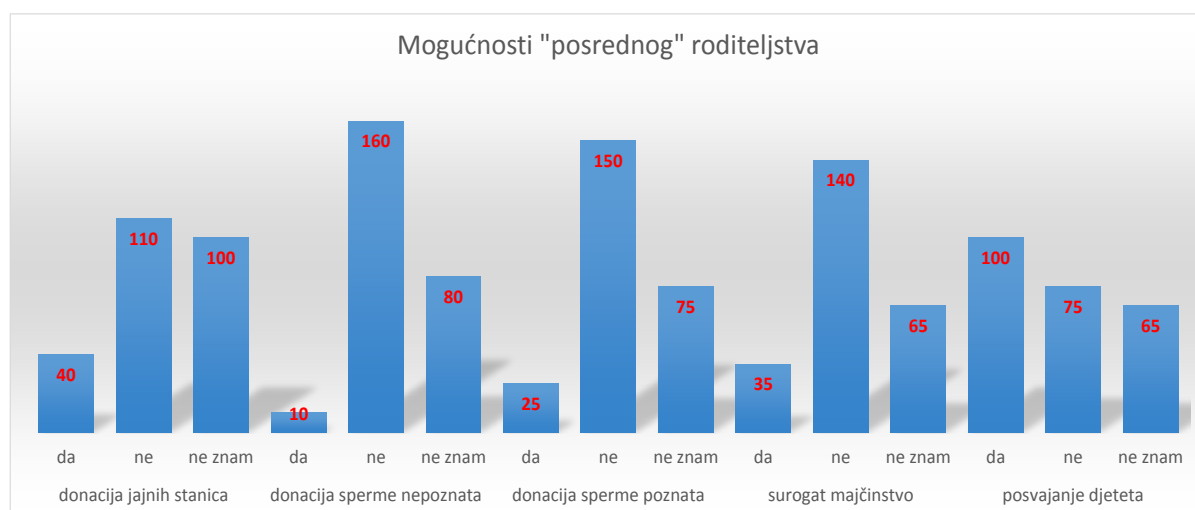
Mišljenja o konfliktima između partnera zbog MPO: 70 misli da MPO ponekad može da izazove nesuglasice u partnerskim odnosima, 145 žena smatra da postupak nije zamoran, dok je za njih 35 MPO veoma zamorna metoda liječenja.

Tablica 5. Stav ispitanica prema ishodu MPO

	(N)broj	%
Da, potpuno sam uvjerena	100	40
Da, ali jako se brinem	100	40
Nisam u potpunosti sigurna u pozitivan ishod	35	14
Ne vjerujem, previše me strah	15	6
UKUPNO	250	100

Sama činjenica da su se odlučile iskoristiti mogućnosti medicinski potpomognute oplodnje dovela je do podatka da ovakva metoda ispitanicama pruža veliku nadu u roditeljstvo – 80% njih vjeruje da će uspjeti zatrudnjeti i roditi zdravo dijete.

Nijedna ispitanica nije odabrala opciju da će pokrenuti postupak usvajanja djeteta ukoliko ovaj pokušaj MPO ne uspije, a 7 ispitanica je odlučilo da će prestati s pokušajima MPO –e . Za ponovan postupak izvantjelesne oplodnje opredijelilo bi se 205 (82%) ispitanica, što je i očekivano s obzirom na to da je većini parova ovo bio prvi pokušaj.



Grafikon 8. Stav ispitanica prema „posrednom“ roditeljstvu

Na pitanje bi li pristale na donaciju jajnih stanica u postupku MPO, 40 ispitanica je odgovorilo potvrdno što je i najprihvatljivija opcija doniranja za njih. Ne bi prihvatilo donaciju njih 110, a 100 ih je neodlučno. Najviše negativnih odgovora (160) bilježi se u odgovoru donacije sperme nepoznatog muškarca. Na surogat trudnoću bi pristalo 35 žena.

Ukupno 25 ispitanica pristalo bi na donaciju sperme (kod svih je zabilježena subfertilnost partnera). Uzimajući u obzir ukupne rezultate, ispitanice nisu spremne na opcije doniranja i surogata u cilju ostvarivanja roditeljstva. Jedino kod pitanja o usvajanju djece za tri ponuđene opcije dobiveni su odgovori sličnih distribucija.

Tablica 6. Stav ispitanica o surogat majčinstvu prema broju pokušanih MPO

Surogat majčinstvo	Jeste li do sada pokušavali sa metodama MPO?					Ukupno
	Ne	1	2	3	4	
Da	42	0	0	0	0	42
	14,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14,60%
Ne	47	52	21	26	0	146
	18,80%	20,80%	8,30%	10,40%	0,00%	58,30%
Ne znam	26	11	16	11	5	69
	10,40%	4,20%	6,20%	4,20%	2,00%	27,10%
Ukupno	110	63	36	36	5	250
	43,80%	25,00%	14,60%	14,60%	2,00%	100

Ispitanice koje bi se odlučile za usvajanje djeteta rođenog od strane druge žene (42), do sada nisu imale iskustvo vantjelesne oplodnje.

Tablica 7. Stav ispitanica o usvajanju prema broju pokušanih MPO

Usvajanje	Jeste li do sada pokušavali sa metodama MPO?					Ukupno
	Ne	1	2	3	4	
Da	78	0	26	0	0	104
	31,20%	0,00%	10,40%	0,00%	0,00%	41,60%
Ne	16	47	0	16	0	79
	6,20%	18,80%	0,00%	6,20%	0,00%	31,20%
Ne znam	16	16	11	21	5	69
	6,20%	4,20%	6,20%	4,20%	2,00%	27,10%
Ukupno	110	63	36	36	5	250
	43,80%	25,00%	14,60%	14,60%	2,00%	100,00%

Stupanj stručne spreme nije značajan za odluku o usvajanju djece, ali sve ispitanice koje imaju visoku stručnu spremu/doktorat odgovorile su afirmativno o usvajanju. Od 94 ispitanice koje bi usvojile dijete, njih 26 je do tada imalo po dvije neuspjele izvantjelesne oplodnje, dok je za njih 78 ovo prva MPO.

13.3 Motivacija za majčinstvom

Motivacija za majčinstvom istraživana je uz pomoć skale stavova Likertovog tipa. Ispitanice su trebale na ponuđenih 29 stavova o djeci procijeniti stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom na skali od 1 do 5. Ukupno 21 tvrdnja izražava afirmativne stavove zbog kojih bi se trebalo postati majka – pronatalni stavovi, a 8 stavova mjere financijsku, psihološku i društvenu cijenu roditeljstva – antinatalne stavove.

Formirano je nekoliko grupa motiva:

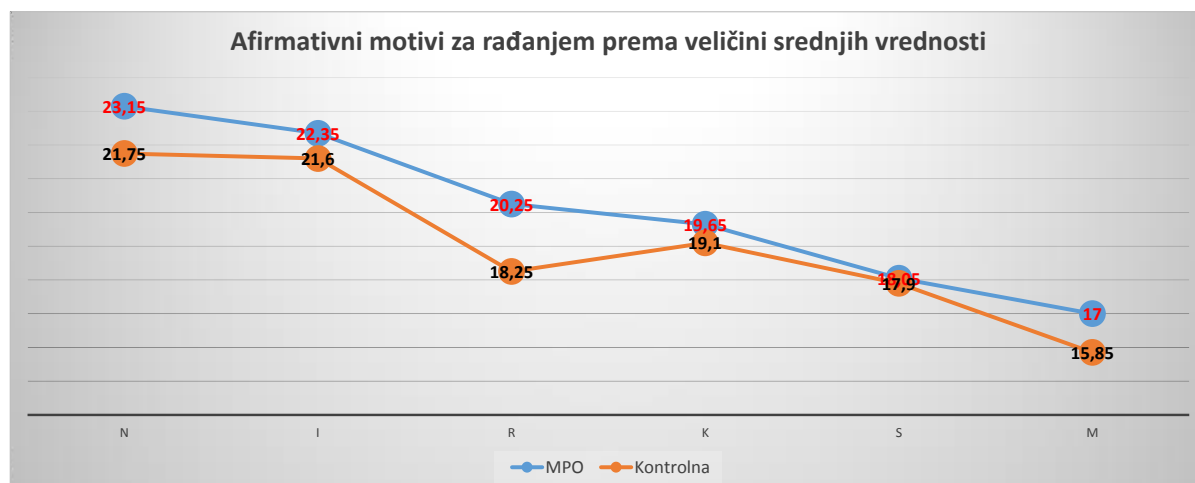
- **Motivi kontinuiteta (K - continuity)** – stavovi kojima se mjeri motivacija za produženjem obiteljske loze i osigurava kontinuitet obitelji;
- **Motivi njege i odgoja (N - nurturance)** – stavovi kojima se mjeri osobna potreba da se ima i odgaja dijete i majčinska želja da se dijete voli i brine o njemu;
- **Motivi odnosa (R - relationship)** – stavovi kojima se mjeri motivacija za uspostavom i održanjem veza s partnerom, formira obitelj i dijele roditeljske uloge;
- **Motivi identiteta (I - identity)** - mjere ženski identitet koji je povezan s majčinstvom i vrednotama te uloge;
- **Motivi pritiska društvene sredine (S - social pressure)** - mjere motive zasnovane na utjecaju društvene sredine, obitelji i prijatelja i rađanja kao očekivane ženske rodne uloge;
- **Materijalistički motivi (M - materialism)** - mjerenje materijalističkih vrijednosti djeteta i potencijalnih koristi koje majka od njih može dobiti.

Tablica 8. Srednje vrijednosti ispitivane i kontrolne skupine

	Grupa motiva	Ispitivana skupina MPO	Kontrolna skupina	p<0,05
Pružila bih djetetu pravi dom	K	24,45	24,3	0,822
Želim dijete da se nastavi obiteljska loza	N	24,4	24,3	0,799
Želja za djetetom je biološki urođena	N	24,25	23,8	0,438
Dijete će biti nešto što je dio mene i partnera/supružnika	R	24,05	22,4	0,038
Mojoj obitelji bi bilo drago da imam dijete	N	23,95	22,1	0,004
Odgaj i podizanje djeteta bi me ispunilo kao ženu	N	23,95	20,9	0,002
Želim dijete zbog mojih vjerskih uvjerenja	S	23,6	22,7	0,222
Dijete učvršćuje vezu s partnerom	R	23,2	22,4	0,235
Želim dijete jer želim doprinijeti budućnosti	I	22,35	21,6	0,301
Želim zasnovati potpunu, pravu obitelj	N	21,75	18,45	0,052
Želim djetetu pružiti ljubav i pažnju	K	21,35	22,8	0,078
Bilo bi zabavno imati dijete u kući	N	20,7	21,1	0,836
Dijete će brinuti o meni kad ostarim	S	19,15	20	0,603
Želim osjetiti roditeljsku povezanost koja se razvija sa djetetom	N	18,95	15,9	0,03
Želim djetetu prenijeti životno iskustvo	K	18,75	19,8	0,466
Želim dijete jer bi mome partneru bilo drago da imamo dijete	K	18,4	16,2	0,092
Želim dijete jer budućim generacijama tako dajem svoj doprinos	K	18,2	16,1	0,065
Većina ljudi želi djecu	R	18	16,3	0,263
Dijete donosi financijske probleme i poteškoće	M	17,15	15,7	0,173
Moj partner ne želi dijete	M	16,85	16	0,418
Dijete ograničava slobodno vrijeme	K	16,75	15,3	0,277
Dijete donosi puno obaveza	R	15,8	17,1	0,333
Dijete ograničava vrijeme sa partnerom/supružnikom	M	12,8	12,3	0,65
Dijete bi bilo prepreka za moju karijeru	M	12,35	12,6	0,738
Briga o djetetu bi bila psihičko opterećenje za mene	R	11,45	12,8	0,348
Odgajanje i podizanje djece donosi ogromnu odgovornost	S	11,35	11	0,829
Bojim se da ću roditi dijete s anomalijama	N	10	8,6	0,173
Želim osjetiti ljubav koju dijete pruža	S	8,2	7,35	0,594
Dijete će mi pružiti cilj u životu	R	6,95	7,2	0,741

Najsnažniji motiv za rađanjem i kod ispitivane (24,45) i kod kontrolne skupine (24,3) žena izmjeren je kod tvrdnje “ Pružila bih djetetu pravi dom ” koja pripada grupi “K” motiva, koji mjere motivaciju za produžetkom obiteljske loze, tj. osiguranje kontinuiteta obitelji. Ova činjenica ukazuje na to da je dominantan zahtjev za rađanjem, usvojen kod obje grupe ispitanica, posljedica strane patrijarhata.

Na drugom i trećem mjestu i kod ispitivane i kod kontrolne grupe su stavovi iz “N” grupe motiva “Želim djetetu pružim ljubav i pažnju” (24,4 i 24,3) i “Želim osjetiti posebnu povezanost koja se razvija s djetetom” (24,25 i 23,8). “N” stavovi kojima se mjeri osobna potreba da se ima i odgaja dijete i majčinska želja da se dijete voli i brine o njemu, pokazuju nam da ispitanice smatraju da oni odgovaraju njihovoj ženskoj prirodi.



Grafikon 9. Usporedba dominantnih vrijednosti motiva ispitivane i kontrolne skupine

13.4 Analiza grupa motiva

a) "N" grupa motiva

Najveće prosječne vrijednosti kod grupa afirmativnih motiva su motivi kojima se mjeri osobna potreba da se ima dijete i majčinska želja za odgajanjem "N"– 23,15. Među ovim motivima najveću vrijednost imaju stavovi "Želim djetetu pružiti ljubav i pažnju" (24,4) i stav "Želim osjetiti posebnu povezanost koja se razvija sa djetetom" (24,25). Treće i četvrto mjesto (23,95) imaju stavovi "Podizanje djeteta bi me ispunito" i "Želim osjetiti djetetovu ljubav". Dva N stava koja se odnose na psihičko opterećenje u svezi sa zdravljem i brigom o djetetu ("Bojim se da ću roditi dijete s anomalijama" i "Briga o djetetu bila bi psihičko opterećenje za mene") razlikuju se između ispitivane i kontrolne grupe ispitanica u smislu da se MPO ispitanice više boje za zdravlje djeteta, a obje grupe ne smatraju da rođenje i odgoj djeteta ima visoku psihološku cijenu.

b) "I" grupa motiva

Stav "Želja za djetetom je biološki urođena" kojim se mjeri motiv osobnog identiteta žene u ulozi majke (I) ima srednju vrijednost od 22,35 kod žena u ispitivanoj i 21,6 u kontrolnoj grupi. Ukupno 153 (61%) MPO ispitanica se u potpunosti slaže sa ovim stavom, 73 (29%) se uglavnom slaže, a 10 (8%) ispitanica je neodlučno. Kod trudnica se sa ovim stavom u potpunosti slaže 145 (58%), uglavnom 60 (24%), neodlučnih je 30 (12%), uglavnom se ne slaže 10 (4%) i uopće se ne slaže 5 (2%) ispitanica. Poistovjećenost identiteta žene s njenom reproduktivnom funkcijom je i dalje dominantno u stavovima kod ispitivanih žena i ukazuje na to da je kod naših žena motivacija za rađanjem biološkog tipa kao posljedica duboko ukorijenjenog tradicionalističkog shvaćanja rodni uloga i identiteta o ženi i njenom tijelu.

c) "R" grupa motiva

Motivacija za uspostavom i održavanjem veze s partnerom, formiranje obitelji i podjela roditeljske uloge (R), mjerena je sa 6 stavova. Kod MPO ispitanica srednja prosječna vrijednost pozitivnih stavova od 20,25 govori o visoko pozicioniranim vrijednosnim motivima za uspostavljanje partnersko roditeljskih odnosa. Najveću vrijednost od 24,05 ima stav "Dijete će biti nešto što je dio nas oboje" koji zauzima visoko četvrto mjesto u ukupnoj ljestvici motiva, a slijedi ga stav "Želim zasnovati potpunu obitelj" sa 23,2. Prosječne vrijednosti od 18 i 15,8 imali su stavovi da bi "Partnerima bilo drago da imaju djecu" i da "Dijete učvršćuje vezu s partnerom".

Kod trudnica su jedino prosječne srednje vrijednosti više u stavu “Dijete učvršćuje vezu sa partnerom”, nego kod MPO žena. U ovoj grupi motiva najveća je razlika između srednjih vrijednosti MPO – 20,25 u odnosu na 18,25 kod trudnica. Ovaj podatak objašnjava činjenica da će trudnice u skoro vrijeme rođenjem djeteta uspjeti formirati obitelj i postati majke za razliku od MPO žena, kojima je MPO oplodnja način da ostvare svoje aspiracije za majčinstvom i obitelji.

d) “K” grupa motiva

Stavovi koji mjere motivaciju za produžetkom obiteljske loze i osiguranjem kontinuiteta obitelji zauzeli su peto mjesto u grupi MPO žena sa 19,65. Najvišu vrijednost (24,45) ima stav “Pružila bih djetetu pravi dom”. Nakon toga slijede motivi o prenošenju životnog iskustva i stav da dijete daje smisao životu i budućnosti. Najniže ocjenjena u ovoj grupi motiva je želja da se nastavi obiteljska loza sa 16,75. Kod grupe trudnica redoslijed „K“ stavova prema srednjim vrijednostima je identičan.

e) „S“ grupa motiva

Sa 18 je ocjenjena skupina motiva S koji mjere pritisak okoline: obitelji i prijatelja i rađanja kao dijela rodne uloge. Izuzetno su visoko rangirani motivi “Mojoj obitelji bi bilo drago da ja imam dijete” sa 23,6, i “Većina ljudi želi djecu” sa 19,15. Stav s kojim se najviše ispitanica u potpunosti ne slaže (105) je “Želim dijete zbog svojih vjerskih uvjerenja” i ima srednju vrijednost od 11,35. Ovo je ujedno i najniže rangiran stav koji označava motiv zbog kojeg bi trebalo imati djecu, iako 74% ispitanica sebe smatra religioznom. Ovaj podatak je u skladu sa provedenim istraživanjima koja su pokazala da stupanj religioznosti ne igra bitnu ulogu kod ljudi koji su u programu MPO, jer i u slučajevima kada ispitanici izražavaju visok stupanj religioznosti, ne brinu previše za službeni stav crkve po pitanju ostvarivanja roditeljstva na ovaj način.

f) "M" grupa motiva

Dva "M" stava bila su ponuđena u cilju mjerenja materijalističkih vrijednosti djeteta i potencijalne koristi koje majka od njih može dobiti. Stavovi "Dijete donosi puno obaveza" i "Dijete će brinuti o meni kad ostarim" imaju približno iste srednje vrijednosti sa 17,15, odnosno 16,85 kod ispitivane grupe žena, dok je u grupi trudničke populacije nešto vrijednost nešto niža. Ova grupa motiva ima najnižu prosječnu srednju vrijednost kod obje skupine ispitanica.

13.4.1 Analiza statističke značajnosti srednjih vrijednosti dva nezavisna uzorka t - test

U cilju analize razlike između srednjih vrijednosti motiva kod MPO ispitanica i trudnica napravljen je Studentov t-test za dva neovisna uzorka pomoću kojeg se istražilo postoji li razlika u motivaciji za majčinstvom kod ove dvije skupine žena.

Samo kod srednjih vrijednosti kod 5 od 29 stavova postoji statistički značajna razlika između srednjih vrijednosti kod dvije grupe žena i to:

- "R" - Dijete će biti nešto što je dio mene i partnera/supružnika ($p = 0,038$)
- "N" - Odgoj i podizanje djeteta bi me ispunilo kao ženu ($p = 0,004$)
- "N" - Želim osjetiti ljubav koju dijete pruža ($p = 0,002$)
- "N" – Bojim se da ću roditi dijete s anomalijama ($p = 0,030$)
- "N" - Odgajanje i podizanje djece donosi ogromnu odgovornost ($p = 0,052$)

Kod svih pet stavova srednja vrijednost prihvaćanja stava je veća kod MPO žena, što govori da je želja za djetetom veća kod afirmativnih stavova, a da je strah da se rodi dijete sa anomalijama izraženiji kod žena koje nisu imale problem zatrudnjeti (iako trudnice imaju realniji razlog za strah). Sva tri afirmativna stava, kod kojih postoji statistički značajna razlika, općenito su visoko rangirana kod obje grupe ispitanica.

Tablica 9. Razlike između srednjih vrijednosti motiva kod MPO ispitanica i trudnica

T - test		Levene's Test for Equality of Variances		T – test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	dF	Sig (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	65% Confidence Interval of the Difference	
									<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Pružila bih djetetu pravi dom	Equal variances assumed	.116	.134	.225	499	.822	.02000	.08816	-.15613	.16613
	Equal variances not assumed			.225	499	.822	.02000	.08816	-.15620	.16620
Želim dijete da se nastavi obiteljska loza	Equal variances assumed	.126	.121	1.064	499	.211	.30000	.21430	-.24434	.84434
	Equal variances not assumed			1.064	499	.211	.30000	.21430	-.24434	.84434
Želja za djetetom je biološki urođena	Equal variances assumed	3.026	.085	1.040	499	.301	.18000	.11306	-.16344	.52344
	Equal variances not assumed			1.040	499	.301	.18000	.11306	-.16311	.52311
Dijete će biti nešto što je dio mene i partnera/supružnika	Equal variances assumed	15.226	.000	2.106	499	.038	.34000	.16145	.01661	.66036
	Equal variances not assumed			2.106	499	.038	.34000	.16145	.01826	.66114
Mojoj obitelji bi bilo drago da imam dijete	Equal variances assumed	4.105	.045	1.230	499	.222	.18000	.14636	-.11050	.41050
	Equal variances not assumed			1.230	499	.222	.18000	.14636	-.11128	.41128
Odgoj i podizanje djeteta bi me ispunilo kao ženu	Equal variances assumed	16.853	.000	2.636	499	.004	.36000	.12246	.11662	.6308
	Equal variances not assumed			2.636	499	.004	.36000	.12246	.11631	.60363

Želim dijete zbog mojih vjerskih uvjerenja	Equal variances assumed	.033	.856	.211	468	.826	.06000	.21613	-.48616	.6616
	Equal variances not assumed			.211	468	.826	.06000	.21613	-.48616	.60616
Dijete učvršćuje vezu s partnerom	Equal variances assumed	3.854	.052	-.613	499	.333	-.26000	.26118	-.16022	.21022
	Equal variances not assumed			-.613	499	.333	-.26000	.26118	-.16042	.21042
Želim dijete jer želim doprinijeti budućnosti	Equal variances assumed	.825	.366	1.866	499	.065	.42000	.22106	-.02663	.86663
	Equal variances not assumed			1.866	499	.065	.42000	.22506	-.02665	.86665
Želim zasnovati potpunu, pravu obitelj	Equal variances assumed	1.633	.006	1.164	499	.235	.18000	.15018	-.11622	.41622
	Equal variances not assumed			1.164	499	.236	.18000	.15018	-.12056	.48056
Želim djetetu pružiti ljubav i pažnju	Equal variances assumed	.263	.606	.256	499	.166	.01155	.06851	-.11853	.15363
	Equal variances not assumed			.256	499	.168	.01155	.06853	-.11846	.15356
Bilo bi zabavno imati dijete u kući	Equal variances assumed	.161	.684	-.201	499	.836	-.03633	.11546	-.38462	.31161
	Equal variances not assumed			-.201	499	.831	-.03633	.11512	-.38518	.31253
Dijete će brinuti o meni kad ostarim	Equal variances assumed	.601	.438	.814	499	.418	.20000	.24518	-.28114	.68114
	Equal variances not assumed			.814	499	.418	.20000	.24518	-.28118	.68118
Želim osjetiti roditeljsku povezanost koja se razvija sa djetetom	Equal variances assumed	3.136	.080	.116	499	.438	.08000	.10210	-.12380	.28380
	Equal variances not assumed			.116	499	.438	.08000	.10210	-.12436	.28436
Želim djetetu prenijeti životno iskustvo	Equal variances assumed	2.401	.124	-1.183	499	.018	-.28000	.15101	-.56156	.03156
	Equal variances not assumed			-1.183	499	.018	-.28000	.15101	-.56216	.03216

Želim dijete jer bi mome partneru bilo drago da imamo dijete	Equal variances assumed	11.668	.001	1.126	499	.263	.32000	.28414	-.24386	.88386
	Equal variances not assumed			1.126	499	.263	.32000	.28414	-.24446	.88446
Želim dijete jer budućim generacijama tako dajem svoj doprinos	Equal variances assumed	5.616	.016	1.101	499	.062	.44000	.25813	-.01343	.65343
	Equal variances not assumed			1.101	499	.062	.44000	.25813	-.01318	.65318
Većina ljudi želi djecu	Equal variances assumed	.810	.353	-.522	499	.603	-.12000	.22611	-.51585	.33585
	Equal variances not assumed			-.522	499	.603	-.12000	.22611	-.51601	.33601
Dijete donosi financijske probleme i poteškoće	Equal variances assumed	.030	.862	.455	499	.650	.12000	.26388	-.40366	.64366
	Equal variances not assumed			.455	499	.650	.12000	.26388	-.40368	.64368
Moj partner ne želi dijete	Equal variances assumed	.352	.554	-.332	499	.141	-.06000	.18081	-.41882	.26882
	Equal variances not assumed			-.332	499	.141	-.06000	.18081	-.41863	.26863
Dijete ograničava slobodno vrijeme	Equal variances assumed	.668	.321	-.336	499	.138	-.08000	.23802	-.55234	.36234
	Equal variances not assumed			-.336	499	.138	-.08000	.23802	-.55231	.36231
Dijete donosi puno obaveza	Equal variances assumed	.236	.628	1.313	499	.113	.36000	.26221	-.16046	.88046
	Equal variances not assumed			1.313	499	.113	.36000	.26221	-.16046	.88046
Dijete ograničava vrijeme sa partnerom/supružnikom	Equal variances assumed	1.453	.231	-.642	499	.348	-.22000	.23341	-.68330	.24330
	Equal variances not assumed			-.642	499	.348	-.22000	.23341	-.68333	.24333
Dijete bi bilo prepreka za moju karijeru	Equal variances assumed	1.581	.211	-.535	499	.564	-.08000	.14991	-.31660	.21660
	Equal variances not assumed			-.535	499	.564	-.08000	.14991	-.31661	.21661

Briga o djetetu bi bila psihičko opterećenje za mene	Equal variances assumed	.031	.864	1.312	499	.113	.28000	.20412	-.12501	.68501
	Equal variances not assumed			1.312	499	.113	.28000	.20412	-.12512	.68512
Odgajanje i podizanje djece donosi ogromnu odgovornost	Equal variances assumed	.066	.154	1.661	499	.052	.42000	.21352	-.00313	.84313
	Equal variances not assumed			1.661	499	.052	.42000	.21352	-.00316	.84316
Bojim se da ću roditi dijete s anomalijama	Equal variances assumed	.160	.385	2.203	499	.030	.64000	.26050	.06351	1.21646
	Equal variances not assumed		.385	20203	499	.030	.64000	.26050	.06348	1.21652
Želim osjetiti ljubav koju dijete pruža	Equal variances assumed	36.115	.000	3.203	499	.002	.60000	.18131	.22826	.61111
	Equal variances not assumed			3.203	499	.002	.60000	.18131	.22526	.61411
Dijete će mi pružiti cilj u životu	Equal variances assumed	3.544	.063	-.131	499	.499	-.18000	.24620	-.66851	.30851
	Equal variances not assumed		.063	-.131	499	.499	-.18000	.24620	-.66814	.30814

13.4.2 Analiza motiva koji mjere ekonomske i socijalno – psihološke čimbenike majčinstva

Posebno su zanimljivi rezultati koje su prikazani kroz motive koji mjere psihološke, financijske i socijalne čimbenike roditeljstva.

Tablica 10. Ekonomsko i socijalno – psihološki čimbenici roditeljstva

Stav	MPO žene Srednja vrijednost	TRUDNICE Srednja vrijednost
Podizanje i odgoj djeteta donosi ogromnu odgovornost	21,75	18,45
Bojim se da ću roditi dijete s anomalijama	18,95	15,9
Dijete donosi financijske probleme	12,8	12,3
Dijete ograničava slobodno vreme	12,35	12,6
Dijete ograničava vrijeme s partnerom	11,45	12,8
Briga o djetetu bi bila psihičko opterećenje za mene	10	8,6
Dijete bi bila prepreka za moju karijeru	8,2	7,35
Moj partner ne želi dijete	6,95	7,2

Među ovim stavovima najveću srednju vrijednost ima izjava da podizanje djeteta donosi ogromnu odgovornost, ali ovaj stav ne mora nužno značiti da zbog toga ne bi trebalo imati djecu. Strah od rođenja djeteta s anomalijama je visoko kotiran sa 18,95.

Moguće je zaključiti da financijski problemi, ograničavanje slobodnog vremena i napredovanje u karijeri kod žena koje su u programu MPO ne predstavljaju razloge zbog kojih ne bi trebalo imati djecu.

Na osnovu mjerenja srednjih vrijednosti motiva i njihove grupne analize može se zaključiti da su najsnažniji motivi za majčinstvom kod žena koje su uključene u postupak MPO motivi kojima se iskazuje osobna potreba da se ima dijete i majčinska želja da se dijete voli i brine o njemu. Također, izuzetno snažan motiv je i majčinstvo kao dokaz ženinog identiteta i stav o postojanju majčinskog instinkta i biološko – reproduktivne funkcije žene.

Motivi koji ukazuju na značaj djeteta u braku i u partnerskim odnosima potvrđuju i visoko prihvaćeni stavovi o zasnivanju “prave porodice” i imanju svog djeteta “koje će biti dio oba partnera” (24,05). Posljednji po važnosti su motivi kojima se mjeri osiguravanje nasljednika, pritisak okoline i materijalistička dobit imanja djece, vrijednostima jednako distribuirani u obje skupine.

Podaci o vrsti motivacije za majčinstvom govore o snažnoj želji za djetetom koja je prvenstveno altruističke prirode sa snažim utjecajem spolnog i rodnog identiteta i društvenog zahtjeva za rađanjem. Religija nema veliku ulogu na odluku o rađanju, a visoka ekonomska i psihološko–emocionalna cijena majčinstva u periodu društveno-ekonomske krize za ispitanice nisu otegotne okolnosti za rađanje.

Motivi „za rađanje“ koji dominiraju kod žena koje su uključene u program MPO, motivi su koji mjere osobnu želju za odgojem djece i identifikaciju uloga žene sa ulogom majke. Na motivaciju za majčinstvom najmanje utječu pritisak okoline i instrumentalistički motivi „koristi od djece u budućnosti“. Motivi kojima se mjeri opstanak loze, kao jedan od motiva koji dominira među muškom populacijom je srednje važan za ispitanice.

Na osnovu toga moguće je zaključiti da tradicionalistički motivi za rađanjem kao smislom života gube na važnosti kod žena, ali je orijentacija prema bračnoj zajednici i djeci i dalje vrlo visoko vrednovana. Rađanje je za njih prirodan slijed u životu, poslije školovanja, zaposlenja i braka. Nedostaje im dijete da bi bile ispunjene.

Na osnovu svega navedenog, motivacija za majčinstvom kao jedan od temeljnih psihološki aspekt žena koja se bore sa sterilitetom može se smatrati dominantnim polazištem roditeljstva, koja ima karakteristike i tradicionalnih i modernih sustava vrijednosti.

Motivacija za roditeljstvom kod žena koje su u postupku MPO, ne razlikuje se od trudničke populacije, tj. od žena koje nisu imale nikakav problem zanijeti prirodnim putem.

13.5 Analiza skale procjene zadovoljstva životom

Zadovoljstvo životom je mjereno pomoću SWLS skale. SWLS je kratka skala od 5 izjava koja je konstruirana s ciljem da mjeri sveukupne kognitivne stavove o životnom zadovoljstvu, odnosno percepciju kvalitete života. Skala ne mjeri zadovoljstvo određenim aspektima života, kao što su financije ili zdravlje, već omogućava iskazati integrirani stav ispitanika na način na koji najviše odgovara osobnoj percepciji na skali od 1 do 7.

Sve ispitanice su popunile skalu.

Tabela 11. Skala procjene zadovoljstva životom (SWLS skala)

<i>Raspon vrijednosti</i>	Ispitivana skupina MPO ŽENE	Kontrolna skupina TRUDNICE
	N=250; SD=31,9	N=250; SD=33,9
30 - 35; vrlo visok	25 (10%)	35 (14%)
25 - 29; visok	70 (28%)	95 (38%)
20 - 24; prosječan	75 (30%)	35 (14%)
15 - 19; ispod prosjeka	50 (20%)	45 (18%)
10 - 14; nezadovoljne	30 (12%)	40 (16%)
Srednja vrijednost	113,8	122,4

U ispitivanoj skupini najveći postotak ispitanica (30%) ima mjerenu vrijednost od 24 – 29 što se smatra prosječnom vrijednošću na skali procjene zadovoljstva životom, što znači da su općenito zadovoljne kvalitetom življenja, ali postoje neka područja koje zahtijevaju poboljšanje. Visok i izuzetno visoku razinu zadovoljstva ima ukupno 38% ispitanica, dok 32% ispitanica ima vrijednost ispod prosjeka, što ukazuje na važnost psihološkog savjetovanja kod žena koje se liječe od steriliteta.

Ukupno 38% trudnica ima visok nivo zadovoljstva životom, a 14% vrlo visok. Prosječno su zadovoljne u 14% slučajeva, a ispod prosjeka i nezadovoljnih ima 34%. Srednja vrijednost procjene zadovoljstva životom je niža kod žena u postupku MPO i iznosi 113,8 u odnosu na trudnice koje su ostvarile prosječan rezultat od 122,4.

Ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom između ove dvije grupe ispitanica ($p = 0,195$).

14. RASPRAVA

Izborom rezultata koji su pokazali dominantne i vršne vrijednosti u okviru pitanja iz ankete, može se postaviti i odrediti profil žene koja je uključena u postupak MPO sa svim karakteristikama koje pokazuju motivacijske čimbenike.

Prosječna dob ispitanica u postupku MPO je 34 godine, a trudnice su u prosjeku imale 28 godina. Većina ispitanica stanuje u gradu (68%) i ima završenu srednju četverogodišnju školu (38%), a stupanj obrazovanja je i u kontrolnoj grupi identičan. Kako se pretpostavlja da je jedan od najvažnijih preduvjeta za stabilnost bračne zajednice zajednička odluka o rađanju djece, ovo pitanje pokazuje važan utjecaj steriliteta i njegovog liječenja na partnerske odnose. Ukupno 66% ispitanica je odgovorilo da im je izrazito važno da se rodi dijete, 32% smatra da je važno, a srednje je važno samo jednoj ispitanici.

U istraživanju se pokušalo otkriti koliko fertilna povijest majke i mišljenje o idealnom broj djece u obitelji utječu na njihovu želju za djetetom. Majke ispitanica u prosjeku imaju 2,28 djece, a imale su 23,4 godina kada su ih rodile. S obzirom na podatak da je 78% ispitanica rođeno kada su njihove majke bile mlađe od 25 godina, a da je prosječna starost ispitanica 34 godina, uočava se generacijsko pomicanje starosne granice u pogledu sklapanja braka i odluke o roditeljstvu. Međutim, iako je fertilni period njihovih majki završen a ispitanice se još uvijek nalaze u dobi kada imaju šansu roditi, jasno je da će ispitanice, čak i ako rode dijete, imati manji fertilitet nego njihove majke.

Prosječna ispitanica koja je uključena u program MPO ima 34 godine, završenu srednju školu, i živi u gradu. Religiozna je, katoličke vjeroispovijesti. Zaposlena je u državnoj tvrtki prosječnog je materijalnog stanja. U braku je ili partnerskoj zajednici skoro 7 godina. Zadovoljna je partnerskim odnosima i životom. Misli da je idealan broj djece jedno muško i jedno žensko dijete. Prosječna ispitanica izrazito želi postati majka. Isto tako procjenjuje da i njen partner u istoj mjeri želi dijete. Prijavljuje se na MPO na prijedlog liječnika.

U prosjeku se javlja po prvi put. MPO za takvu ženu je izuzetno stresna i komplicirana metoda ali je uporna u pokušaju da postane majka na taj način i izrazito vjeruje u uspjeh medicine koja će joj pomoći da postane majka. Ne brinu je eventualna štetnost i rizici ove metode i lijekova koje uzima u cilju stimulacije ovulacije. Ima pozitivan stav prema MPO tehnologijama, ali bez uključivanja trećih osoba u proces reprodukcije. Želi dijete isključivo sa svojim partnerom. Ne želi donaciju sperme, jajnih stanica, niti usluge surogat majke. Smatra da je položaj žene nerotkinje u našem društvu loš. Diskriminaciju osjeća i doživljava na poslu i od strane društvene okoline.

15. ZAKLJUČAK

Problem neplodnosti, nažalost, postaje sve prisutniji i u našoj sredini, a kada tome dodamo činjenicu postojanja nepovoljnih demografskih podataka o prirodnom prirastu i starenju stanovništva, taj problem postaje, ne samo medicinski, ginekološki i psihijatrijski, već i potencijalno socijalni. Istraživanje psiholoških problema uz metode potpomognute oplodnje vremenski je kasnilo za ginekološkim istraživanjima u tom području, te je i danas psihijatrijska literatura o toj tematici relativno skromna, osobito u našoj sredini.

Država se nedvosmisleno zalaže za pronatalnu populacionu politiku, ali ujedno propisuje poželjne načine i modele za njeno ostvarivanje. Propisi kojima je MPO regulirana su manjkavi i zbog toga ih je potrebno mijenjati, kao jedan od važnih koraka ka poboljšanju položaja osoba sa problemom steriliteta.

Dobiveni rezultati o vrsti motivacije za majčinstvom kao ključnim psihološkim aspektom žena kod koje su u postupku MPO svjedoče o snažnoj želji za djetetom koja je prvenstveno altruističke prirode sa odlikama snažnog spolnog i rodnog identiteta i društvenog zahtjeva za rađanjem. Motivi „za rađanje“, koji dominiraju kod žena koje su uključene u program MPO, su motivi koji mjere osobnu želju za odgojem djece i identifikaciju uloge žene sa ulogom majke. Fenomen poistovjećenja identiteta žene sa njenom reproduktivnom funkcijom i dalje dominira u stavovima kod ispitivanih žena i ukazuje na to da je kod ispitanica motivacija za rađanjem biološkog tipa koja se javlja kao posljedica usvojenog tradicionalističkog stava rodnih uloga i identiteta o ženi i njenom tijelu jer rezultati pokazuju da 80% ispitanica koje su u programu MPO vjeruje da će uz pomoć modernih reproduktivnih tehnologa uspjeti zatrudnjeti i rodi zdravo dijete. Međutim, kod njih je, više nego u trudničkoj populaciji, izraženiji osjećaj straha da će roditi dijete s anomalijama i u većini slučajeva su svjesne rizika po opće zdravlje koje MPO može uzrokovati.

Prema dobivenim rezultatima, na motivaciju za majčinstvom najmanje utječu pritisak okoline i instrumentalistički motivi ali ispitanice i dalje osjećaju višestruku diskriminaciju, i na radnom mjestu i u neposrednom okruženju, što znači da, biti neplodna žena u našoj sredini i dalje donosi brojne negativne socijalne i psihološke posljedice.

Tradicionalističko poimanje obitelji kod ispitanica očituje se u visoko vrednovanom stavu da žele dijete koje će biti dio njih dvoje te u negiranju mogućnosti za ostvarivanje obitelji usvajanjem djeteta, kao i odbijanjem donacije sperme i jajnih stanica od trećih osoba.

Parovi često utječu jedni na druge na odluku o (ne)rađanju te je istraživano i njihovo zadovoljstvo partnerskim odnosima. Ispitanice su partnerske odnose ocijenile vrlo harmoničnima a rađanje djeteta za ove parove ima vrlo visoku vrijednost koja opada u odnosu na broje neuspjelih MPO. Iako su u stabilnim partnerskim zajednicama, za većinu ispitanica, proces MPO je vrlo stresna metoda koja može biti izvor partnerskih konflikata, što je zanimljiv podatak koji zahtjeva buduće dodatno istraživanje.

Srednja vrijednost procjene zadovoljstva kvalitetom života je niža kod žena u postupku MPO u odnosu na trudnice koje su ostvarile prosječan rezultat na SWLS skali. Međutim, dobivena prosječna niža vrijednost zadovoljstva kvalitetom života ukazuje na neostvaren životni cilj i postojeću prepreku u ostvarenju istoga, a to je formiranje „prave obitelji i rođenje djeteta koje će biti dio obaju partnera“ i ukazuje na važnost psihološkog savjetovanja parova tijekom MPO ali i nakon završetka postupka.

Sveprisutna komercijalizacija i obećanja suvremenih asistiranih reproduktivnih tehnologija i uvjerenja kako sve žene mogu postati majke, usprkos dobi zdravstvenom stanju i životnom stilu, potiču negativni psihološki aspekt i očekivanja.

16. ZAHVALA

Poštovanom prof. dr.sc. Rudolfu Gregureku zahvaljujem što je prihvatio biti moj mentor.

Veliko hvala liječnicima i primaljama Klinika za ženske bolesti i porode grada Zagreba, kao i liječnicima i primaljama u ginekološkim ambulantama i poliklinikama grada Splita i Kaštela, bez njihove nesebične pomoći i razumijevanja ne bi bilo moguće provesti istraživanje, a samim tim niti napisati ovaj rad, hvala im na uloženom vremenu i trudu.

Zahvaljujem se svom suprugu Ivi, kćerki Ivani i mojoj najvećoj ljubavi unuku Ivi.

Ovaj rad posvećujem mojem sinu Tonu, nevjesti Dantei, a iznad svega mojoj željno dočekanoj unučici Nikol. Dantea i Toni hvala vam na najvećem i najljepšem „daru“ koji ste mi mogli dati, a to je naravno još jednom, svo bogatstvo ovoga svijeta,... moja unučica Nikol. Ljubavi bakina – Hvala ti što postojiš !

17. LITERATURA

- Alinčić, M. Medicinski pomognuta oplodnja i obiteljskopравни sukobi interesa
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=8166. Posjećeno
20.04.2016
- Akrap, A. Zaposlenost žena i fertilitet u Hrvatskoj. Zagreb : Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, 2011.
- Aničić, M. Bračna neplodnost i njezine mogućnosti
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=37200. Posjećeno
08.05.2016.
- Badinter, E. Sukob:kako ideal suvremenog majčinstva ugrožava ženu. Zagreb : Algoritam, 2013.
- Ciglar S. Bračna neplodnost. U: Šimunić V i sur., ur. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak, 2001.
- Drobnjak, P. Ginekologija i porodiljstvo : udžbenik za škole za medicinske sestre. Zagreb : Školska knjiga, 1983.
- Eliacheff, C.; Heinich, N. Majke - kćeri : odnos utroje. Zagreb : Prometej, 2004.
- Frišić, T., Kušević Z. Najčešći psihološki problemi kod parova u procesu potpomognute oplodnje. Soc. psihijat., 41 (2013) 99 – 108.
- Fulgosi A. Biološke osnove osobina ličnosti. Zagreb: Naklada Slap, 1994.
- Glenville, M. Povećajte svoju plodnost : prirodnim putem do začeca i očuvanja trudnoće. Zagreb : Biovega, 2005.
- Gregurek R i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija – psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini. Zagreb: Školska knjiga, 2006.
- Harni, V. Metode umjetne oplodnje
- Hrgović, Z. Sterilitet i kako ga izliječiti. Bjelovar : Prosvjeta, 1995.
- Johnston, D.D. Uloga medija u stvaranju ideologija majčinstva. Treća. 6(2004), 1 ; str. 68-85.
- Juul, J. Razgovori s obiteljima : perspektive i procesi. Zagreb : Alinea, 2002.
- Kešina, I. Etičko-moralni vidici ljudskog rađanja : (I). Crkva u svijetu : CUS. 31 (1996), 2 ; str. 130-145.
- Korać, A. Austrijski zakon o potpomognutoj oplodnji : odgovor prava medicini. // Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu. 44 (1994), 3 ; str. 253-266.

Korać, A. Draft of the Croatian act on medically assisted procreation : balancing procreative rights. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, journal for general social issues. 8 (1999), 2/3(40/41) ; str. 229-238.

Kričković-Kale, K. Vantjelesna oplodnja. Novi Sad : Alfa, 2014.

Kurjak, A. Postupnik za metode medicinski potpomognute oplodnje. Gynaecologia et perinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine, and ultrasonic diagnostics. Supplement. 10 (2001), 1 ; str. 80-83.

Kurjak, A. Ultrazvuk i neplodnost. Zagreb : Stvarnost, 1984.

Leutar, Z. Žena između svijeta rada i obitelji. Društvena istraživanja. 13(2004), 6=74 , str. 1159-1177.

Lacković-Grgin, K. Doživljaj i praksa roditeljstva u različitim životnim razdobljima. Društvena istraživanja. Zagreb. God.2011,br. 4(114),str. 1063-108.

Maćaš, E. Medicinski pomognuta oplodnja u čovjeka. Zagreb : Hinus , 2004.

Magličić, V. Pregled prokreativnih prava u hrvatskom pravnom sustavu
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=31933. Posjećeno 20.04.2016.

Marinović, M. Duhovna komponenta medicinski potpomognute oplodnje
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=2035. Posjećeno 21.04.2016.

Matković-Vlašić, Lj. Žena i crkva. 2. dopunjeno izd. Zagreb : Multigraf, 2002.

Mindoljević-Drakulić, A. Majka, žena i majčinstvo. Zagreb : Medicinska naklada : Učiteljski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2015.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O MEDICINSKI POMOGNUTOJ OPLODNJI URL:
<http://www.vlada.hr/hr/content/download/6322/49016/file/4102.pdf>. Posjećeno 10.04.2016.

Neplodnost; ur. Vuković, J. 1. izd. Zagreb : Roditelji u akciji - Roda, 2008.

Nove Strategije i Preporuke Europske Zajednice u Liječenju Neplodnosti MPO, II dio URL:
<http://www.hdgo.hr/Default.aspx?sifraStranica=356>. Posjećeno 12.04.2016

Null, G. Enciklopedija za žene : prirodnim liječenjem do zdravlja. Zagreb : Barka, 1999.

Obradović, J. ; Čudina-Obradović, M. Korelati i odrednice broja djece u obitelji. // Društvena istraživanja (Zagreb). - 10 (2001), 4/5(54/55) ; str. 655-683
URL:<http://hrcak.srce.hr/file/31306>. Posjećeno 10.04.2016.

Randić, Lj. Metode asistiranu reprodukciju. Medicina : glasilo Hrvatskoga liječničkoga zbora, Podružnica Rijeka. 28 (1992), 2-3 ; str. 69-73.

Severinski, S, Mamula, N, Vlašić O.,Tijek trudnoća i poroda u žena koje su začele metotomama potpomognute oplodnje

Springer, O. Novi postupci u humanoј reprodukciji. Priroda. 89 (1999), 860, str. 23-126.

Šimonović, D. Medicinski pomognuto začeće : pravo i etika. Zagreb : Organizator, 1997.

Šimonović, D. Obiteljskopravna regulacija medicinski pomognute prokreacije u Republici Hrvatskoj : (de lege lata i de lege ferenda). Zakonitost : [časopis za pravnu teoriju i praksu]. 47 (1993), 8/12 ; str. 628-644.

Šimonović, D. Pravna regulacija medicinski pomognute prokreacije : doktorska disertacija. Zagreb : D. Šimonović, 1996.

Šimunić, V. Ginekologija. Zagreb. Naklada Ljevak, 2001.

Šimunić, V. Izvantjelesna oplodnja i ostale pomognute oplodnje. Gynaecologia et perinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine, and ultrasonic diagnostics. Supplement. 10 (2001), 1 ; str. 64-69.

Šimunić, V. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost : medicinski pomognuta oplodnja IVF. Zagreb : Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju : Školska knjiga, 2012.

Tomašević, L. Umjetna oplodnja : katolički stav. Služba Božja : liturgijsko-pastoralna revija. 39 (1999), 2/4 ; str. 183-196.

Tudurić, M. Oplodnja uz medicinsku pomoć - poredbeni pristup
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=36977.Posjećeno 20.04.2016

Valković, M. Umjetna oplodnja (IVF) – uspjeh, neuspjeh, zdravstvene i socijalne posljedice
URL:http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=46901. Posjećeno 24.05.2016.

Valjan, V. Bioetika i tehnika ljudske oplodnje. Bosna franciscana : časopis Franjevačke teologije Sarajevo. 10 (2002), 17 ; str. 103-123.

18. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 06.12.1962. godine u Sinju.

Osnovnu školu pohađala sam i završavam u Kaštel Sućurcu.

Srednju školu završila sam kao medicinska sestra primaljskog smijera u ZOC - Split.

2007. godine upisujem „Stručni studij primaljstva“ na Medicinskom fakultetu u Rijeci, te isti završavam 2010 godine.

Do 2013 godine uposlenica sam KBC-a Split, u Klinici za ženske bolesti i porode, gdje radim kao primalja, od 11.03.2013. (iz obiteljskih razloga selim se u Zagreb)

Od ožujka 2013. uposlenica sam u Klinici za ženske bolesti i porode „Petrova“ ,KBC-a Zagreb gdje do danas radim kao bacc.obs.