

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Milica M. Skočajić

**VANTELESNA OPLODNJA IZ PERSPEKTIVE ŽENA –
LIČNA ISKUSTVA U OKVIRU DRUŠTVENIH ZNAČENJA**

doktorska disertacija

Beograd, 2025

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Milica M. Skočajić

**WOMEN'S PERSPECTIVES ON INFERTILITY
TREATMENT – LIVED EXPERIENCES AMID SOCIALLY
SHARED MEANINGS**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2025

Mentorka

dr Biljana Stanković, vanredna profesorka

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Članice komisije

dr Tamara Džamonja Ignjatović, redovna profesorka

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

dr Tamara Klikovac, redovna profesorka

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

dr Nada Maćig Sekulić, redovna profesorka

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

dr Ljiljana Pantović, naučna saradnica

Institut za Filozofiju i društvenu teoriju, Univerzitet u Beogradu

Datum odbrane:

Ovu studiju posvećujem ženama koje su svojim istraživanjima podstakle moju radoznalost, koje su me svojom stručnošću i strpljenjem vodile kroz ovaj proces i ženama koje su svoje iskustvo sa mnom delile bez zadržke.

VANTELESNA OPLODNJA IZ PERSPEKTIVE ŽENA – LIČNA ISKUSTVA U OKVIRU DRUŠTVENIH ZNAČENJA

SAŽETAK

Neplodnost je medicinski i društveno prepoznato stanje nemogućnosti ostvarivanja biološkog roditeljstva. Susret sa neplodnošću neretko dobija karakteristike psihološke krize, a usled složenih društvenih pritisaka, ima snažne posledice na identitet i blagostanje, najviše žena. Iako je vantelesna oplodnja prihvaćeno i dostupno rešenje za neplodnost, ona stvara brojne pritiske za žene i vodi potencijalnim gubicima. Cilj studije bio je ispitivanje življenog iskustva vantelesne oplodnje kod žena koje se nalaze u postupku vantelesne oplodnje za dobijanje prvog deteta. Podaci su prikupljeni tokom 50 sati dubinskih intervju sa 20 žena koje su kroz postupak prošle u Srbiji. Rezultati, dobijeni interpretativnom fenomenološkom analizom, uz osvrt na društvene okolnosti učesnica, organizovani su u pet poglavlja. U prvom, predstavljena je složenost životne faze u kojoj se žene nalaze i identitetska preispitivanja u susretu sa neplodnošću. Drugo poglavlje posvećeno je logističkom, telesnom i emocionalnom opterećenju žena, neizvesnom i dugom trajanju postupka i doživljenim gubicima. Treće poglavlje tiče se aktivne uloge koju žene uzimaju u navigiranju kroz medicinski kontekst i prevladavanju negativnih emocija i gubitaka. Uloga koju neposredno društveno okruženje i partneri imaju u pružanju logističke i emocionalne podrške, analizirani su u četvrtom poglavlju. Na kraju, posebna pažnja posvećena je medicinskom kontekstu u kom se vantelesna oplodnja odvija: materijalnim uslovima, opterećenosti medicinskih ustanova, odnosu poverenja sa lekarima i značaju adekvatnog informisanja žena. U završnoj diskusiji dodatno su razmatrane reprezentacije prirode i tehnologije u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje, gubitak kontrole u navigiranju kroz ovo iskustvo i različite putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju. Elaborirane su i praktične implikacije ove studije za domen javnih politika, kao i medicinski i porodični kontekst.

Ključne reči: neplodnost, identitet, vantelesna oplodnja, življeno iskustvo, medicinski kontekst, gubitak, prevladavanje

Naučna oblast: Društveno-humanističke nauke

Uža naučna oblast: Psihološke nauke

WOMEN'S PERSPECTIVES ON INFERTILITY TREATMENT – LIVED EXPERIENCES AMID SOCIALLY SHARED MEANINGS

ABSTRACT

Infertility is recognized, medically and socially, as an inability to conceive a child. Experiencing infertility often develops into a psychological crisis, and due to complex societal pressures, affects identity and well-being, primarily of women. Even though in-vitro fertilization serves as a well-adopted and accessible infertility treatment option, it puts numerous pressures on women and can lead to experiences of loss. The aim of this study was to explore lived experiences of IVF, in women trying for a first child. Data were gathered during 50 hours of in-depth interviews with 20 women who underwent IVF in Serbia. Findings, analyzed with interpretative phenomenological analysis, with particular attention to participants' social circumstances, are organized in five chapters. The first chapter looks into the life-stage complexities and identity struggles when facing infertility. The second chapter is dedicated to the logistical, physical and emotional burdens of IVF, uncertainty and length of the IVF procedure and the experience of loss. Third chapter looks into the active role women play in navigating through the clinical context and coping with negative emotions and loss. The role that community, including the male partners, have in providing emotional and logistical support are presented in the fourth chapter. The final chapter is dedicated to the clinical environment, patient load, relationships of trust formed with doctors and importance of patient information. The discussion explores representations of nature and technology in IVF, loss of control in navigating through the experience and different pathways of experiencing IVF. Practical implications of this study were developed having public policies, clinical and family contexts in mind.

Key words: infertility, identity, in-vitro fertilisation, lived experiences, clinical context, loss, coping

Scientific field: Social science and humanities

Scientific subfield: Psychology

SADRŽAJ

Uvod	1
Vantelesna oplodnja – medicinski i socijalni kontekst	4
Politike reprodukcije	4
Dostupnost i finansiranje postupaka vantelesne oplodnje u Srbiji	7
Medicinski aspekti vantelesne oplodnje	9
Vantelesna oplodnja kao medicinska procedura	9
Specifičnosti medicinskog konteksta	11
Prevalenca i uspešnost lečenja neplodnosti	13
Lična iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje	16
Roditeljstvo i neplodnost: značaj za identitet i partnerske odnose	16
Život na čekanju	18
Psihološke reakcije na neplodnost i vantelesnu oplodnju	20
Upravljanje iskustvom iz perspektive žena	22
Mehanizmi prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću i vantelesnom oplodnjom	25
Završetak postupka – trudnoće i pobačaji	28
Trudnoće nakon vantelesne oplodnje	28
Neuspeh i gubitak u vantelesnoj oplodnji	30
Društveno okruženje žena u vantelesnoj oplodnji	33
Kvalitet partnerskog odnosa i efekti krize na partnerstvo	35
Zajednice i resursi za žene u vantelesnoj oplodnji	37
Psihološka podrška osobama na lečenju neplodnosti	40

Teorijsko pozicioniranje	43
Istraživanja ženskih iskustava	43
Psihološki procesi u medicinskom kontekstu – zdravstvena psihologija	46
Kritički pristup biomedicinskim postupcima za lečenje neplodnosti	48
 Cilj studije	 51
 Metodološko pozicioniranje	 53
Tehnika za prikupljanje podataka	54
Proces prikupljanja podataka	55
Učesnice	56
Analitički okvir	60
Interpretativna fenomenološka analiza	60
Refleksivni osvrt	62
 Rezultati istraživanja	 64
 1. Psihološki i socijalni kontekst žena u vantelesnoj oplodnji	 65
1a. Proširenje porodice kao razvojni zadatak	65
1b. Neplodnost i identitet	70
1c. Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti	75
 2. Življeno iskustvo vantelesne oplodnje	 80
2a. Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju	81
2b. Telo u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje	86
2c. Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očajanja	96

2d. Vantelesna oplodnja kao trka na duge staze	101
2e. Gubitak u vantelesnoj oplodnji – prekidi postupka	110
3. Uloga žene u navigiranju kroz iskustvo vantelesne oplodnje	118
3a. Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu	119
3b. Suočavanje sa emocijama i njihovo prevladavanje	128
4. Uloga društvenog okruženja u iskustvu vantelesne oplodnje	135
4a. Uloga neposrednog društvenog okruženja	135
4b. Uloga partnera tokom postupka vantelesne oplodnje	142
4c. Kvalitet odnosa i emocionalna dostupnost partnera	146
5. Medicinski kontekst u iskustvu vantelesne oplodnje	151
5a. Karakteristike medicinskog konteksta tokom postupka vantelesne oplodnje	151
5b. Odnos sa lekarima – stručnost, poverenje i informisanje	159
Diskusija nalaza	168
Priroda i tehnologija u postupku vantelesne oplodnje	168
Gubitak kontrole – neplodnost, lečenje i preplavljujuća priroda postupka	171
Putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju – (ne)izvesnost, zdravstvene posledice i ishodi	174
Praktične implikacije za tretman neplodnosti i odnos prema ženama u vantelesnoj oplodnji	177
Zaključak	181
Literatura	184

Prilozi	199
Prilog A: Agenda za prvi intervju	199
Prilog B: Agenda za kasnije intervju	200
Prilog C: Informisana saglasnost	200
Prilog D. Odobrenje komisije za ocenu etičnosti istraživanja	202
 Biografija autorke	 203

Uvod

Vantelesna oplodnja naziv je specifične medicinske procedure, čija namena je ostvarivanje trudnoće upotrebom biomedicinskih tehnologija. Iako se vantelesna oplodnja ne koristi isključivo kao metod lečenja¹ neplodnosti, u ovoj studiji biće istraživana baš u tom kontekstu. Lična iskustva vantelesne oplodnje su, usled konteksta u kojem nastaju, ali i usled karakteristika samog postupka, psihološki, logistički i telesno zahtevna, posebno za žene. U skladu sa tim, ova studija se bavi ličnim, življenim iskustvom vantelesne oplodnje iz perspektive žena, koje podnose najveći teret postupka vantelesne oplodnje. Da bi se ovo iskustvo razumelo, značajno je analizirati širi društveni kontekst u kojem se odvija vantelesna oplodnja i specifičnosti medicinskog konteksta, kao i ulogu žene tokom postupka i ulogu njenih bliskih osoba. Najpre, značajno je razumeti kako se neplodnost reprezentuje i tretira u našem društvu, a posledično i kod samih osoba koje se sa ovim problemom suočavaju.

Razmatranje pitanja neplodnosti značajno je starije od savremenih tehnologija usmerenih na njeno lečenje. Neplodnost tradicionalno privlači pažnju raznih disciplina – filozofije, teologije, prirodnih i društvenih nauka, a svakako i pojedinaca i pojedinke koji se sa njom suočavaju. Postoje navodi da se o neplodnosti govorilo i pisalo u raznim društvima koja prethode savremenom društvu, na najrazličitije načine. Bez obzira na značaj koji joj se pridavao i posledice po osobe identifikovane kao neplodne, može se reći da su svim ovim razmatranjima bili zajednički pokušaji da se neplodnost objasni, odnosno da se traga za njenim poreklom. Neki od primera ovih razmatranja su: pretpostavke u starom Egiptu da i muškarci i žene mogu naići na prepreke sa spontanom začećem i opisima da se ove prepreke prepoznaju; analize anatomskih promena koje mogu dovesti do neplodnosti koje je isticao Hipokrat u staroj Grčkoj; tumačenja neplodnosti kao kazne za greh, češće za žene nego za muškarce, kao što je opisano u Bibliji itd. (Morice et al., 1995). Pokušaji da se neplodnost objasni prisutni su i u savremenom naučnom i nenaučnom diskursu. Na primer, tokom prošlog veka, uzroci neplodnosti tumačeni su, ne samo medicinski, već i psihogeno – da osobe (najviše žene) određenih struktura ličnosti ili patologija imaju veću šansu da naiđu na probleme sa začećem. Neke od psihogenih teorija odlazile su i toliko daleko da su pretpostavljala da je uzrok neplodnosti neuroticizam kod žena, jer su nesigurne pred odlukom o zasnivanju porodice. U slučajevima kada se uzrok nemogućnosti začeća pripisivao muškarcima, pronalazio se u neadekvatnoj maskulinitetu koja je posledica njihovih dominantnih majki (Van der Akker, 2012).

Potreba da se uzrok neplodnosti pronađe i imenuje opstaje i u savremenom društvu – prisutna je pre svega u medicini i zajednička je onima koji se sa neplodnošću suočavaju i onima koji se bave njenim lečenjem. Može se tvrditi i da ova potreba, prisutna u vrlo udaljenim društvima (istorijski i geografski) govori o tome da su sva ova društva prepoznavala reprodukciju i roditeljstvo, odnosno prepreke pri njihovom ostvarenju, kao jedan od društvenih prioriteta.

¹ U našem zakonu (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, 2017), o biomedicinskim postupcima se govori kao o metodama lečenja neplodnosti, iako bolest reproduktivnog sistema može sasvim izostati. Drugim rečima, dvoje zdravih ljudi sa očuvanim funkcijama reproduktivnog sistema i dalje mogu biti suočeni sa neplodnošću zbog čega se nekada govori o vantelesnoj oplodnji kao tehnici „premošćavanja“ neplodnosti, odnosno „omogućavanja“ trudnoće na način koji isključuje seksualni odnos (Franklin, 2002). Radi jasnoće u tekstu, u ovoj studiji biće upotrebljen termin „lečenje neplodnosti“.

U poslednjih par decenija, najzastupljeniji je medicinski narativ koji definiše neplodnost² kao bolest muškog ili ženskog reproduktivnog sistema, usled koje ne dolazi do trudnoće, nakon duže od godinu dana nezaštićenih seksualnih odnosa („Infertility“, WHO, n.d.). U savremenom društvu Svetska zdravstvena organizacija je autoritet u definisanju stanja neplodnosti, što ilustruje dominantni medicinski kontekst u kojem se to stanje najčešće sagledava. Tako se u analizi porekla neplodnosti prepoznaje „muški“ ili „ženski“ faktor neplodnosti, dok se izvestan broj slučajeva (oko 20%, Akker, 2012) ne može objasniti medicinskim (fizičkim, fiziološkim) uzrocima koji potiču, bilo od žene, bilo od muškarca (takozvani idiopatski sterilitet). Takođe, neplodnost se klasifikuje kao primarna i sekundarna, u zavisnosti od toga da li par³ već ima dece u trenutku kada pokušava da začne i održi trudnoću (Habbema et al., 2004). Dominantnost medicinskog narativa u sagledavanju neplodnosti potvrđuje i porast dostupnih biomedicinskih tehnologija usmerenih na lečenje neplodnosti – neplodnost prepoznata kao medicinsko stanje zahtevala je i medicinski odgovor.

U našem društvu, jedan od medicinskih odgovora na neplodnost je vantelesna oplodnja, procedura kojom se, uz pomoć biomedicinske tehnologije povećavaju šanse za ostvarenje trudnoće i rođenje bebe za osobe koje nailaze na teškoće u ovom procesu. Vantelesna oplodnja je relativno novo tehnološko i medicinsko dostignuće – prvo dete rođeno korišćenjem ovog postupaka rođeno je 1978. godine u Velikoj Britaniji. Treba istaći da vantelesna oplodnja, kao medicinska procedura, ne vodi uvek jasnom objašnjenju uzroka neplodnosti, ali može voditi njenom prevazilaženju. Ova procedura predstavlja *medicinski* odgovor na neplodnost, ali njene karakteristike i reprezentacije ne stoje nezavisno od aktuelnih društvenih, naučnih, pseudonaučnih i političkih diskursa (na primer, pronatalitetnih). Uspeh vantelesne oplodnje često se prenaglašava, a njena uloga u spontanom začecu naturalizuje – reproduktivne tehnologije su logični produžetak prirodnih reproduktivnih procesa i tu su da pomognu parovima (eng. „to give a helping hand“) kada je reč o formiranju porodice (Throsby, 2004). U skladu sa ovim, vantelesna oplodnja ne počinje i ne završava se na ginekološkim klinikama i između pacijentkinja i lekara. Kako se reprezentuje u iskustvima samih žena u velikoj meri zavisi od medijskih reprezentacija i društvenih narativa koji definišu potrebu za vantelesnom oplodnjom, njenu primenu i njen značaj (npr. u kontekstu povećanja nataliteta: „Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti“, 2019), kao i dominantnih normi i uverenja o planiranju porodice i životnom toku („Odlaganje roditeljstva i vantelesna oplodnja“, 2017).

Mnoštvo diskursa koji se ukrštaju na polju neplodnosti i na polju njenog lečenja oblikuju iskustva osoba koja se sa njom suočavaju. Zbog ovoga se neplodnost smatra privatnim izazovom sa velikom javnom prisutnošću (eng. „a public face of this private condition“; Van der Akker, 2012), koji je okružen različitim narativima u domenu javnog zdravlja, medicine, politike i slično. Međutim, ovi narativi, kako će biti kasnije predstavljeno, ilustruju različite interese i društvene

² Važno je osvrnuti se na terminologiju koja se koristi kada se govori o neplodnosti i vantelesnoj oplodnji. U medicinskoj terminologiji koristi se termin *sterilitet* (uža specijalizacija za specijalizante ginekologije i akušerstva je „fertilitet i sterilitet“). U zakonu o biomedicinskoj potpomognutoj oplodnji kojim se reguliše odvijanje vantelesne oplodnje koriste se dva termina – *sterilitet* i *neplodnost*. U većini korišćene literature, koristi se engleska reč *infertility*, što je ekvivalent reči *neplodnosti*. Reč *sterility* u engleskom jeziku sugerise apsolutnu nemogućnost da se ostvari začecje, što eliminiše mogućnosti lečenja. Uzevši sve ovo u obzir, budući da je studija posvećena psihološkim, a ne medicinskim aspektima ovog iskustva, a takođe imajući u vidu i donekle negativnu konotaciju reči *sterilitet*, u ovom radu biće korišćen termin *neplodnost* osim ukoliko se ne radi o medicinskoj dijagnozi steriliteta.

³ Najveći broj radova koji se bavi neplodnošću analizira ovo iskustvo iz perspektive parova, a do maja 2023. u Srbiji ženama van partnerske zajednice nije bilo ni dozvoljeno samostalno apliciranje za postupak, u nedostatku banke doniranog materijala. Sada žene bez partnera mogu aplicirati na tri postupka sa doniranim materijalom (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2023), pa će u tekstu uvek biti naznačeno da li se podaci odnose na par ili na žene specifično.

prioritete, pa često ne adresiraju potrebe parova suočenih sa neplodnošću ili parova u procesu vantelesne oplodnje. Za potpunije razumevanje pozicije osoba suočenih sa neplodnošću potrebno je uključiti i druge definicije ovog stanja (Van Balen & Inhorn, 2002). Imajući u vidu psihološke i socijalne potrebe ovih osoba, može se reći da je neplodnost društveno prepoznata kao nedostatak koji neke osobe, u skladu sa svojim klasnim i rodnim ulogama, kroz lečenje pokušavaju da isprave (Greil, 1997). U potragu za lečenjem ovog stanja kreću samo one osobe koje neplodnost vide kao prepreku ka ispunjenju životnih planova (što ukazuje na socijalni, umesto na medicinski aspekt ovog fenomena), a lečenje dobijaju ako zadovolje medicinske kriterijume. Ukazivanje na socijalnu komponentu neplodnosti vrlo je značajno, jer nudi dodatno razumevanje ovog iskustva, nagovešćuje potencijalne efekte koje lečenje neplodnosti može imati za par, a naročito kakve posledice (psihološke i socijalne) može imati neuspelo lečenje i gubitak. (Throsby, 2004).

Na osnovu svega prethodno rečenog, jasno je da pitanja u vezi sa neplodnošću i njenim lečenjem perzistiraju u javnom i naučnom diskursu i čine polje ukrštanja različitih interesa, o kojima će biti govora u narednom odeljku. U sprezi tih interesa i društvenih okolnosti oblikuju se lična iskustva žena.

Pre razmatranja ličnih iskustava, a u skladu sa kompleksnim značenjima koja okružuju neplodnost i njeno lečenje, prvi deo ove studije posvećen je predstavljanju karakteristika lokalnog medicinskog i društvenog konteksta (*Vantelesna oplodnja – medicinski i socijalni aspekt*). Ove karakteristike su značajne za razumevanje okolnosti u kojima se osobe suočavaju sa neplodnošću i okolnosti u kojima se vantelesna oplodnja finansira, ohrabruje i odvija. Najpre su predstavljene politike reprodukcije koje u velikoj meri oblikuju prava i slobode (uglavnom žena) kada su odluke o reproduktivnom ponašanju u pitanju. Zatim, predstavljene su karakteristike medicinskog konteksta koje su važne za dalje razumevanje ovog iskustva, budući da se veliki deo vantelesne oplodnje odvija upravo u ovom kontekstu.

Iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje su izrazito izazovna i vrše pritisak na životne planove, funkcionalnost partnerskog odnosa, psihološko blagostanje i, naposljetku, fizičko zdravlje. Psihološke reakcije tokom nošenja sa neplodnošću i vantelesnom oplodnjom su intenzivne i složene, naročito za žene koje otelovljuju celo iskustvo. Baš ovi aspekti vantelesne oplodnje zauzimaju centralno mesto ove studije i nalazi prethodnih istraživanja na ove teme predstavljeni su u dva odeljka: *Lična iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje* i *Završetak postupka – trudnoće i pobačaji*.

Iako je fokus ove studije življeno iskustvo žena, za razumevanje okolnosti u kojima prolaze kroz vantelesnu oplodnju značajna je analiza dostupnosti i kvaliteta podrške koja dolazi od osoba iz okruženja, naročito partnera, što će biti predstavljeno u odeljku *Društveno okruženje žena u vantelesnoj oplodnji*.

Vantelesna oplodnja – medicinski i socijalni kontekst

Vantelesna oplodnja⁴ jedan je od dva postupka koji se sprovode pod zajedničkim imenom – biomedicinski potpomognuta oplodnja (eng. „Assisted Reproductive Technologies – ART“). BMPO podrazumeva postupke koji se sprovode u zdravstvenim ustanovama imajući u vidu jedan od dva cilja: očuvanje plodnosti⁵ ili u slučaju dijagnostikovanog steriliteta.

Biomedicinski potpomognuta oplodnja podrazumeva i intrauterine inseminaciju, relativno neinvazivan postupak u kojem se prati ovulacija i dolazi do ubacivanja ejakulata u matericu žene, *in vivo*. Često se sagledavaju kao „priprema“ za vantelesnu oplodnju, odnosno jedan od koraka kroz koji žene i njihovi partneri prođu u celokupnom postupku. Kada su neuspešne, parovi se dalje upućuju na vantelesnu. U nekim situacijama (na primer, ukoliko su jajovodi zapušeni i nema slobodnog oslobađanja jajne ćelije) inseminacije se i preskaču. Procedura vantelesne oplodnje u medicinskom smislu podrazumeva spajanje muške i ženske polne ćelije van tela žene, korišćenjem biomedicinskih tehnologija (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, 2017). Prva uspešna vantelesna oplodnja sprovedena je pre 48 godina, zbog čega i dalje nosi status nove reproduktivne tehnologije.

Budući da je vantelesna oplodnja postupak u okviru BMPO koja podrazumeva niz složenih koraka i ulaganje materijalnih i emotivnih resursa, u ovom radu upravo će biti razmatrano življeno iskustvo vantelesne oplodnje, odnosno iskustvo žena koje kroz nju prolaze. Međutim, pre razmatranja ličnih iskustava, predstavljena su dva značajna konteksta za razumevanje ovog fenomena – prvi su politike reprodukcije, odnosno pokušaji da se kontroliše, ograniči ili ohrabri neka reproduktivna praksa a drugi je medicinski kontekst u proceduralnom i socijalnom smislu, u kojem se vantelesna oplodnja i odvija. Značaj ova dva konteksta nije zanemarljiv, jer upravo oni određuju kome i u kojim prilikama je vantelesna oplodnja dostupna, kao i kako će se odvijati.

Politike reprodukcije

Iako na prvi pogled odluke o planiranju porodice izgledaju kao privatne, lične ili porodične odluke, njih uvek prate norme i pravila, a često i zakoni i pravilnici kojima se definišu prava u ovoj oblasti. Opet, iako reproduktivno ponašanje ima veze sa onim što pojedinke i pojedinci procenjuju kao relevantno, u njihovo uspostavljanje, promenu, kontrolu ili proširenje upletene su razne interesne grupe, kao što su nacionalističke, crkvene, građanske organizacije, političke stranke (Milanović, 2015). Za ovu studiju je važno istaći da dostupnost i prakse u vezi sa novim reproduktivnim tehnologijama, uključujući i vantelesnu oplodnju, ne proizilaze samo iz želja osoba koje se suočavaju s neplodnošću već su rezultat kompleksnih interakcija i interesa koje prevazilaze par i njihove vrednosti i životne ciljeve. Takođe, značajno je ukazati da se politike reprodukcije uglavnom ukrštaju na polju toga kakve slobode, prava i ograničenja postoje za reproduktivna ponašanja, uglavnom žena. U tom smislu, ukoliko trenutni politički ciljevi nisu zadovoljeni, odgovornost i krivica se često pripisuje ženama (Drezgić, 2008). Medijski izveštaji o natalitetu u našem društvu neretko identifikuju žene kao jedine aktore u demografskim promenama („Beba sve

⁴ U ovom radu se pod terminom vantelesna oplodnja podrazumeva i postupak *intracitoplazmične injekcije spermatozo-ida* indikovane kod muškog faktora neplodnosti. Ovaj postupak se razlikuje od vantelesne oplodnje samo po tome što podrazumeva direktno ubacivanje spermatozoida u jajnu ćeliju, ali se u svakom drugom aspektu odvija na isti način.

⁵ Ukoliko dođe do bolesti ili terapije nakon koje se pretpostavlja da žena ne može spontano začeti trudnoću, prolazi se kroz deo procesa vantelesne oplodnje kako bi se sačuvala jajne ćelije za neki budući trenutak.

manje, žene sve kasnije rađaju – šta može da promeni zabrinjavajuću statistiku“: Mitić, 2021; „Manje rađaju i ređe nose burmu“: Đorđević, 2021).

Naša zemlja prošla je kroz turbulentne političke promene u poslednjih nekoliko decenija i to se odrazilo i na intenzitet i na sadržaj razmatranja o reproduktivnim slobodama. Prvi dokument sa strateškim planom za podizanje nataliteta napisan je 1983. godine čime se, prema Drezgić (2008), pravi zaokret od ideja o slobodnom planiranju porodice ka, radi ostvarivanju demografskih ciljeva, interferiranju države u privatnu sferu građani i građana, odnosno, od rodne ravnopravnosti ka naglašavaju uloge žene kao majke (Milanović, 2015). Često se strategije za povećanje nataliteta vezuju za nacionalističke interese zbog čega su i kritikovane iz sociološke perspektive (podizanje nataliteta vezano je uglavnom za jednu nacionalnu grupu koja živi u nekoj zemlji, dok se natalitet drugih, često manjinskih nacionalnih grupa tretira drugačije) (Drezgić, 2008). Devedesetih godina prošlog veka nacionalistički interesi postaju prisutniji u našoj zemlji, te je i cilj podizanja nataliteta u raznim interesnim grupama prepoznat kao značajan (npr. u okviru crkve i političkih partija). Međutim, primeri pronatalitetnih strategija koji su usmereni na postizanje cilja bez odnosa pre pojedincima/pojedinkama na koje se odnose nisu retkost ni danas (Drezgić, 2008). Jedan od relativno skorijih (2018.) je i konkurs za najbolje slogane za podsticanje rađanja koji su izazvali mnogobrojne negativne reakcije teoretičarki i borkinja za ženska prava (Ratković, 2018; Đorđević, 2018). Drugim rečima, ovakve prakse usmerene su na postizanje trenutnih političkih ciljeva bez osvrta na potrebe pojedinaca i pojedinki, te dostojanstvenu trudnoću i porođaj ili roditeljstvo.

Često poprište sukoba između političkih interesa i potreba građana i građanki je i pravo na abortus. Pronatalitetne politike kretale su se u smeru ograničenja prava na abortus dok su feminističke struje zagovarale pravo na slobodno odlučivanje i planiranje porodice (Milanović, 2015). U Republici Srbiji pravo na abortus je regulisano zakonom (moguće ga je izvršiti do navršene 10. nedelje trudnoće, uz zahtev i saglasnost žene, osim u slučaju devojke mlađe od 16 godina kada je potrebna i saglasnost roditelja/staratelja). (Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama, 2005). Ovakvo definisanje prava na abortus nije novo, on je potpuno „liberalizovan“ još sedamdesetih godina prošlog veka, međutim i dalje se, decenijama nakon tog postupka u okviru pronatalitetnih diskursa sagledava kao dodatni uzročnik niske stope fertiliteta, odnosno niskog prirodno priraštaja, nazvanog fenomenom „bele kuge“ (Drezgić, 2004).

Treba imati u vidu da iako teorijski dostupan, postupak abortusa nije pokriven zdravstvenim osiguranjem i naplaćuje se u državnim i u privatnim klinikama sa cenom koja varira od 15 do 45 hiljada dinara. Obavlja se „ambulantno“ odnosno tokom radnog dana i podrazumeva bar dva odlaska lekaru – zbog utvrđivanja bezbednosti (tokom kojeg se može obaviti i ultrazvuk) i potom obavljanja postupka. Stoga se može postaviti pitanje i politika koje uređuju ovaj postupak i njihovih potencijalnih ciljeva da obeshrabre žene u svojoj nameri da prekinu trudnoću. Javno i učestalo komentarisanje Srpske pravoslavne crkve protiv abortusa i za povećanje nataliteta primer su suptilnog (i ne tako suptilnog) mehanizma koji obeshrabruje slobodno odlučivanje (Milanović, 2015).

Dok je stav crkve prema abortusu beskompromisno negativan, kada je reč o novim reproduktivnim tehnologijama, slika nije tako jasna. Iako se ostvarivanje žene kao majke smatra idealom ženstvenosti (Milanović, 2015) različiti aspekti postupaka oplodnje potpomognute biomedicinskom tehnologijom vode podelama unutar crkve. Perspektiva, zvanično saopštena i na sajtu Srpske pravoslavne crkve (Radenković, 2011) je da se kroz biomedicinske postupke oplodnje „višak embriona osuđuje na smrt“ a uz donacije, uključene su i treće osobe u „svetu tajnu braka“ (Milanović, 2015). Viđenje početka života na nivou embriona nije samo stav crkve već se upliće i u regulative nekih zemalja (opovrgavanje „Row vs. Wade“ u Americi). Ovo zabrinjava i VTO stručnjake i potencijalne pacijente i pacijentkinje koje imaju zamrznute embrione, jer iako za sada ove promene nisu zahvatile embrione nastale postupcima vantelesne oplodnje, otvaraju se pitanja njihovog budućeg čuvanje i korišćenja, a zatim i odbacivanja (Hoffman, 2022).

Međutim, dostupnost novih reproduktivnih tehnologija može se smatrati dobrim mehanizmom za povećanje nataliteta i neke struje Srpske pravoslavne crkve su vantelesnu oplodnju u tom smislu i podržale (slučaj fondacije SPC u Hercegovini koja je finansijski pomagala postupke vantelesne oplodnje: Čalija, 2011). Time se neguje stav da se žena treba ostvariti kao majka po svaku cenu (Milanović, 2015).

Da bi se zaključilo o mestu koje nove reproduktivne tehnologije imaju u aktuelnom političkom diskursu, ne mora mnogo da se traga. U avgustu 2016. godine u Srbiji, Slavica Đukić Dejanović postavljena je za ministarku bez portfelja za demografiju i populacionu politiku odakle je upravljala ovim pitanjima i često komentarisala postupak vantelesne oplodnje u medijima. Iz ove perspektive, dostupna i bezbedna vantelesna oplodnja jedna je od strategija za podizanje nataliteta u Srbiji. Na taj način se u medijima više puta referiralo na povećanje broja republički finansiranih vantelesnih oplodnji – kao na populacionu politiku. Na primer, ministarka je u poseti Valjevu komentarisala izdvajanja za rad Centra za vantelesnu oplodnju („Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti“, 2019). Bivši gradonačelnik Beograda je takođe, u svetlu još jednog besplatnog pokušaja vantelesne oplodnje za Beograđanke izjavio „U skladu sa populacionom politikom dajemo svoj doprinos da nas u budućnosti ima više (...) Ako nas ne bude bilo, ako ne budemo imali potomstvo, nećemo imati budućnost“ („Radojičić: Od jeseni besplatan i četvrti pokušaj vantelesne oplodnje“, 2019). Politički i religijski diskurs se i prepliću pa tako bivša ministarka za brigu o porodici i demografiju (ministarstvo uspostavljeno 2020.) u javnosti komentariše lični postupak vantelesne oplodnje pripisujući uspeh „božijoj pomoći“ i stručnosti lekara („Sterilitet ne sme biti zabranjena tema – Milica Đurđević Stamenkovski o vantelesnoj oplodnji: Uz Božju pomoć i trud lekara uspela sam iz prvog puta“, 2024).

Vantelesna oplodnja i njen značaj za lični razvojni put žena i planiranje porodice prisutni su i u javnom i medijskom diskursu. O ovim pitanjima piše se na portalima koji se bave trudnoćom i roditeljstvom (npr. Bebac: „Vantelesna oplodnja“, „Deset mitova o vantelesnoj oplodnji“) ali i zauzimaju posebne kanale za komunikaciju i informisanje – vantelesna oplodnja je sama po sebi dovoljno opširna i složena tema da se njome bave specijalna udruženja ili forumi.

U Srbiji je posebno aktivno jedno udruženje koje je lobiralo za veću dostupnost i veći broj vantelesnih oplodnji. „Šansa za roditeljstvo“ prisutna je u medijima kao dominantna grupa građana koja za cilj ima olakšavanje prolaska kroz postupke vantelesne oplodnje. Tokom 2020. godine u saradnji sa Ministarstvom zdravlja Republike Srbije i Fondacijom „Nije svejedno“ kompanije Nektar otvorili su i Centar za vantelesnu oplodnju kao i besplatni nacionalni info broj.

Njihovo često prisustvo u medijima, aktivnost na društvenim mrežama, održavan sajt i štampanje magazina udruženja čini ih dostupnim i kredibilnim izvorom informacija za osobe u postupku vantelesne oplodnje. Iako udruženje koordiniše i pružanjem psihološke pomoći putem savetovaništva u okviru centra, fokus njihove studije je na postupku vantelesne oplodnje kao medicinskom postupku koji za cilj ima prevazilaženje neplodnosti kao medicinskog stanja. Može se pretpostaviti jasan razlog ovome – medicinska stanja lakše dobijaju javnu podršku i sredstva za lečenje nego druge vrste problema (Sandelowski & de Lacey, 2002). Rad nevladinih udruženja sa ovim ciljem primećen je i u stranoj literaturi (Van Balen & Inhorn, 2002) i kao takav umanjuje psihološki značaj i posledice koje neplodnosti i vantelesna oplodnja imaju na parove a naročito na žene. Neki od ciljeva udruženja slika su neoliberalnog okruženja i pokazuju delimičnu neosetljivost na klasne i rodne izazove (zalaganje za surogat materinstvo i ukidanje starosnih granica za žene u postupku VTO: „Naše putovanje kroz surogat majčinstvo do bebe“, Šansa za roditeljstvo; „Zahtevi i ciljevi udruženja“, Šansa za roditeljstvo).

Načini na koje se ukrštaju interesi udruženja, politički interesi ali i interesi pojedinaca i pojedinki suočenih sa neplodnošću mogu se videti kroz analizu dostupnosti vantelesnih oplodnji u Srbiji, o čemu će biti reč u narednom odeljku.

Dostupnost i finansiranje postupaka vantelesne oplodnje u Srbiji

Vantelesna oplodnja uređena je pravnim regulacijama i poslednjih par decenija sve više zemalja kreira pravne okvire za njeno sprovođenje (Bjelica, 2017; Prag & Mills, 2017). Drugim rečima, bez obzira što kao medicinska procedura ona prati uputstva biomedicinske struke, sprovođenje vantelesne oplodnje uređeno je i pravno, kroz definisanje starosti, zdravstvenog stanja i socijalnog položaja osoba (bračni status, da li porodica već ima dece) koje imaju pravo na VTO (Kamel, 2013) ali i kroz izgled i opremljenost centara koji sprovode ove postupke.

Danas, najveći broj zemalja na svetu koje obavljaju VTO imaju i pravilnike koji uređuju kome je postupak dostupan, koliki broj puta i da li se obavlja na teret osiguranja ili ličnih troškova (IFFS, 2016). Pravo na lečenje neplodnosti se u mnogo zemalja smatra važnim aspektom zdravstvene zaštite, a naglašava se da ovo naročito važi za zemlje sa izraženim pronatalitetnim politikama (Bjelica, 2017). Prvi zakon o BMPO (koji obuhvata i vantelesnu oplodnju) je u Srbiji donesen 2009. godine, a trenutno važeći zakon je iz 2017. godine (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, 2017) i dopunjen je sa čak devet pravilnika koji uređuju proces donacije i uvoza reproduktivnih ćelija (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji: setom od devet pravilnika stvoren zakonski okvir za doniranje i pozajmljivanje reproduktivnog materijala, n.d.).

Dostupnost vantelesne oplodnje dinamično raste od 2006. godine i prepoznaje se upravo kao jedna od strategija podizanja nataliteta i reakcija na pritisak udruženja koja se bave zasnivanjem porodice (Bjelica, 2017). Republički fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: RFZO) je u poslednje dve decenije značajno proširio opseg finansiranih vantelesnih oplodnji time što se povećavao maksimalni broj finansiranih postupaka, podigla se starosna granica za žene koje ulaze u postupak, povećao se broj i tip klinika koje sprovode ove postupke, omogućene su i vantelesne oplodnje za dobijanje drugog deteta, zamrzavanje i korišćenje zamrznutih embriona, na kraju i donacije reproduktivnog materijala. U tom smislu, zakon sa pridruženim pravilnicima i uputstvima RFZO-a koji regulišu vantelesnu oplodnju, delom koreliraju sa medicinskim preporukama ali delom su posledica aktuelnih državnih interesa, javnog zagovaranja udruženja i kulturoloških očekivanja. U javnom prostoru je ograničena prisutnost narativa koji bi protivrečili ovako velikom opsegu dostupnih vantelesnih oplodnji (na primer, o šansama za uspeh nakon nekog broja pokušaja, posle neke starosne granice, ili o uticaju koji ponovljeni ulasci u postupak imaju na fizičko i mentalno zdravlje žene). Dominantni narativi o vantelesnoj oplodnji su narativi o progresivnoj tehnologiji koja pruža pomoć porodicama da dobiju dete, bez isticanja ulaganja i žrtava koje se mogu u međuvremenu podneti.

Kada je RFZO počeo da finansira postupak, 2006. godine, finansiran je samo jedan pokušaj VTO i to za žene mlađe od 38 godina (Bjelica, 2017). Od tada su se dogodile dinamične promene u ovom pogledu, sa čak četiri proširenja opsega finansiranja. Od 2010. godine finansirana su dva pokušaja i starosna granica za žene je pomerena na 40 godina (RFZO, 2010). Najveća promena dogodila se 2021. godine od koje se finansira neograničen broj stimulisanih postupaka vantelesne oplodnje, za žene koje ispunjavaju uslove. U julu, 2022. godine je starosna granica pomerena još jednom – sa 43 na 45 godina. Poslednja promena dogodila se 2023. godine, kada je postupkom donacije reproduktivnog materijala, omogućeno pravo na tri vantelesne oplodnje ženama bez partnera (RFZO, 2023). Mreža ustanova koja obavlja postupke vantelesne oplodnje proširila se sa četiri centra u 2010. godini (RFZO, 2010), preko sedam državnih i još trinaest privatnih centara u 2022. godini (RFZO, 2022b), do sedam državnih i čak šesnaest privatnih centara u 2025. godini (RFZO, 2025). Ugovori sa klinikama se potpisuju na godišnjem nivou te se praktično u svakoj novoj godini može očekivati i veći broj centara koji sprovodi vantelesnu oplodnju.

Sa svim ovim promenama, vantelesna oplodnja je, 20 godina nakon početka njenog finansiranja iz RFZO-a, dostupna mnogo većem broju parova, a od 2023. godine i ženama bez partnera u Srbiji. Iako njihova analiza prevazilazi okvir ovog rada, ovako dinamično proširenje

opsega može se razumeti, ne samo kao rezultat ukrštanja državnih interesa (podizanja nataliteta) i interesa udruženja koja se bave neplodnošću i vantelesnom oplodnjom, već i interesa tržišta (Throsby, 2004).

Nakon 2021 godine, novcem iz RFZO-a finansira se i neograničen broj krioembriotransfera (zamrzavanje i korišćenje uspešno formiranih embriona). Ovim postupkom se postupak vantelesne oplodnje skraćuje i smanjuje se pritisak na žene⁶ (RFZO, 2022c). Prava su proširena i za žene koje već imaju jedno dete – RFZO finansira za njih dve vantelesne oplodnje i tri krioembriotransfera.

Neka ograničenja su dugo zadržavala, na primer u pogledu partnerskog statusa i seksualnosti, budući da su osnovni preduslovi do 2023. bili postojanje partnera i dijagnostikovana neplodnost, čime su se isključivale i homoseksualne žene koje bi mogle da koriste BMPO iz razloga koji ne uključuju neplodnost (Drezgić, 2012). Milanović (2015) je isticala da bi dostupnost vantelesne oplodnje ženama mimo partnerske zajednice narušila sliku koju gradi Srpska Pravoslavna crkva o rađanju kao ispunjenju bračne obaveze. Međutim, od uvođenja procesa donacije, i žene bez partnera (teorijski i žene u homoseksualnom partnerstvu) ukoliko su bez „ostvarenog prava na roditeljstvo“, mogu ući u tri postupka vantelesne oplodnje.

Prava davaoca reproduktivnih ćelija i zaduženja banke reproduktivnih ćelija definisana su Zakonom o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, a donacija je i formalno omogućena u decembru, 2022. godine. U Srbiju su iste godine, ali i u narednim mesecima, uvoženi reproduktivni materijali iz drugih zemalja („Vantelesna oplodnja u Srbiji: Stigli prvi paketi jajnih ćelija iz inostranstva – ko može da se prijavi za proceduru o trošku države”, 2023). Ove prakse uveliko se koriste u nekim zemljama Evrope (npr. Češka, Belgija, Danska, Španija: Prag & Mills, 2017), međutim kada se uzmu u obzir potencijalne uloge donatora i donatorki, moguće je zamisliti još dvoje aktera nezavisnih od budućih roditelja, čime se oni suočavaju sa pitanjima važnosti koje njihova genetička povezanost sa detetom ima za njih (Hendriks et al., 2017) i kao što je već rečeno, moralnim dilemama koje proizilaze iz ovakvog načina zasnivanja porodice. Biomedicinske tehnologije polje su različitih moralnih i političkih diskusija, na primer, neke klinike nude i mogućnost za „VTO turizam“, odnosno odlazak u inostranstvo gde se bez prepreka koristi donatorske reproduktivne ćelije. Surogat materinstvo nije dozvoljeno u Srbiji, iako je kroz medije najavljivano njegovo uključivanje u Građanski zakonik (prednacrt građanskog zakonika: *Surogat materinstvo biće regulisano zaključivanjem ugovora kojim bi se predvideli razumni troškovi*, n.d.). Ovo međutim ne znači da nekim osobama koji mogu da priušte odlazak u zemlje inostranstva gde je ovaj postupak legalan, on nije dostupan. Na primer, postoje navodi da su osobe iz Srbije odlazile u Ukrajinu sa ovim ciljem (Đorđević, 2022). Diskusija opravdanosti alternativnih načina korišćenja biomedicinskih tehnologija prevazilazi okvire ovog rada, ali treba istaći da ovi načini proširenja porodice uključuju osobe mimo para suočenog s neplodnošću (npr. surogat majke) i da su njihove socijalne pozicije vredne pomena.

Dostupnost, legalizacija i kulturološki status različitih biomedicinskih tehnologija se menja velikom brzinom. Te promene se ne tiču samo opsega žena čije vantelesne oplodnje mogu biti finansirane sredstvima RFZO-a. Povećanje starosne granice i broja finansiranih vantelesnih oplodnji šalje poruku o prioritarnosti biološkog roditeljstva, o vantelesnoj oplodnji kao dominantnoj opciji prevazilaženja problema neplodnosti, o nacionalističkim interesima a u nekoj meri i o

⁶ U vantelesnoj oplodnji sa krioembriotransferom, žene ne prolaze kroz podjednako dugu pripremu (stimulisani rad jajnih ćelija) a ni kroz iščekivanje oplodnje jajne ćelije, jer je ona već oplodena.

interesima tržišta. Iako su, u trenutku pisanja ove studije, ženama u Srbiji dostupne i donacije, ove studije biće upravo žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju u Srbiji, koristeći svoj reproduktivni materijal.

Medicinski aspekti vantelesne oplodnje

Vantelesna oplodnja se odvija velikim delom u kliničkom, medicinskom kontekstu, a koraci u postupku koji se događaju van ovog konteksta uređeni su preporukama biomedicinske nauke (npr. kada i na koji način se uzima terapija, u kojoj meri se praktikuje fizička aktivnost). Istovremeno, vantelesna oplodnja predstavlja pokušaj parova da premoste nešto što su identifikovali kao problem ili nedostatak – za njih, vantelesna oplodnja je postupak za dobijanje deteta i proširenje porodice. Drugim rečima, dok je sa jedne strane biomedicinsko postignuće i procedura, sa druge strane je šansa da se ostvare želje i nastavi životni tok parova i pojedinaca. Lično, intimno i potencijalno bolno iskustvo odigrava se u sterilnom (doslovno i simbolički) medicinskom okruženju koje može biti otuđujuće, uz facilitaciju često distanciranog osoblja (eng. „intensely technical and intensely personal“: Thompson, 2005:8). U ovom odeljku analiziraću specifičnosti (lokalnog) medicinskog konteksta u kojem se odvija vantelesna oplodnja ali najpre ću predstaviti ukratko kako izgleda postupak ulaska i prolaska kroz vantelesnu oplodnju. Iako fokus ove studije nije na medicinskoj proceduri, važno je poznavati korake iz kojih se sastoji, jer su lični doživljaji često odgovor na fazu u ovom medicinskom postupku (na primer opterećenje zbog ritma uzimanja hormona, uzbuđenje zbog embriotransfera i tako dalje).

Vantelesna oplodnja kao medicinska procedura

Ovde će biti predstavljeno kako izgleda postupak vantelesne oplodnje koji se finansira iz RFZO-a, za žene u partnerskoj zajednici, gde su druge opcije lečenja iscrpljene. Ova distinkcija je vrlo značajna jer je vantelesna oplodnja postala dostupan alat za ostvarenje porodice i drugim društvenim grupama. Postupak vantelesne oplodnje koji finansira RFZO je jednak za sve koji se odluče na ovaj put. Kao što će kasnije biti naglašeno, u slučaju da se u postupak ulazi drugim putem, jasno je da postoje odstupanja, naročito u početnoj, fazi apliciranja – apliciranje preko RFZO-a podrazumeva analize i dokumentaciju nepotrebnu za samostalno finansiranje postupaka.

Postupak VTO počinje pregledom kod izabranih lekara (žene kod ginekologa i muškarca kod lekara opšte prakse; RFZO, 2023). Izabrani lekari proveravaju da li par ispunjava sve zakonski definisane uslove za ulazak u postupak a potom upućuju par na komisiju RFZO-a. Posao komisije je da proceni da li će postupak ovog para biti finansiran ili ne a dužnosti izabranih lekara definisane su uputstvom RFZO-a. Ginekolozi vode računa o potrebnim analizama i njihovoj starosti (između 6 meseci i godinu dana u zavisnosti od prirode nalaza) dok lekari opšte prakse muškarcima izdaju uput za spermogram. Par se potom javlja nadležnoj komisiji (što je sada omogućeno i elektronski) i zakazuje termin pregleda. Komisija zaseda u jednom od sedam centara u Srbiji (dva u Beogradu i po jedan u Nišu, Kragujevcu, Valjevu, Novom Sadu i Subotici), što znači da je osobama koje žive dalje od ovih gradova otežano apliciranje na postupak u vremenskom smislu, međutim, putni troškovi se refundiraju. Pred komisijom se vrši uvid u dokumentaciju, ultrazvučni pregled za ženu i spermogram za muškarca. Treba napomenuti da se pred komisijom može naći i par koji je na osnovu ranijih procedura VTO imao zamrznute embrione. Za njih je postupak prikupljanja dokumentacije sličan, međutim analize su važne samo za ženu (u slučaju da već postoje zamrznuti embrioni, učešće muškarca više nije relevantno) a analize ne smeju biti starije od godinu dana. Ukoliko je odgovor komisije pozitivan, par dobija potvrdu koja važi godinu dana i to samo za jedan postupak. Komisija dostavlja spisak odobrenih postupaka odgovarajućim zdravstvenim ustanovama

i tada počinje procedura koja se naziva vantelesna oplodnja, stimulacijom proizvodnje jajnih ćelija kod žene.

Očigledno je da i samo apliciranje za postupak vantelesne oplodnje podrazumeva informisanje, saradnju sa lekarima, podvrgavanje mnogim analizama i putovanje, sve to pod potencijalnim vremenskim pritiskom, uzevši u obzir gornju starosnu granicu za žene i trajanje analiza. Pre svega, što će se pokazati kao izrazito važno, apliciranje za postupak podrazumeva i obaveštene izabrane lekare na lokalnu, upoznate sa uputstvom RFZO-a. Nakon ulaska u sam postupak, broj koraka se usložnjava i vantelesna oplodnja se pretvara u dugotrajan put ispunjen preprekama koje proizilaze, što iz njegove prirode (više delova postupka o kojima će kasnije biti reči), što iz socijalnih i psiholoških posledica (Franklin, 2002; Thompson, 2005). Prvi i najduži korak je stimulacija proizvodnje jajnih ćelija. To je period čije trajanje varira a tokom kojeg žena prima hormone. Kontekst primanja hormona zavisi od materijalnih i logističkih resursa klinike koja vodi postupak, nekada se odvija ambulantno a nekada i kod kuće žene same sebi administriraju hormone. Dok traje stimulacija, rast folikula se prati ultrazvučno i lekar odlučuje u kom trenutku će taj rast farmakološki zaustaviti te odrediti datum aspiracije jajnih ćelija. Aspiracija je sakupljanje jajnih ćelija, gde lekari prenose informacije o broju i kvalitetu tih jajnih ćelija. Ovo je trenutak koji se može doživeti i ohrabrujuće i obeshrabrujuće, zavisi od dotadašnjih iskustava i očekivanja. Može se dogoditi i da su folikuli prazni ili da jajne ćelije nisu dovoljno dobrog kvaliteta, ali može se dogoditi i da se prikupi i veliki broj zdravih jajnih ćelija. Na dan aspiracije muškarac daje i svoj ejakulat, čime je njegovo učešće u medicinskoj proceduri završeno. Oplodnja jajne ćelije se dešava bez učešća žene i muškarca – kao što ime postupka govori, vantelesno. To je postupak koji traje tri dana, nakon čega parovi dobijaju informaciju o broju oplođenih jajnih ćelija. Ukoliko dođe do oplodnje i zdravstveno stanje žene se ne zakomplikuje⁷, sledeći korak je embriotransfer. Ukoliko parovi koriste zamrznute embrione iz prethodnih pokušaja ili donirane embrione, koraci pre ovoga se menjaju ili preskaču (Šansa za roditeljstvo, Ministarstvo zdravlja i Fondacija Nije svejedno, 2019). Embriotransfer podrazumeva vraćanje oplođenih jajnih ćelija, odnosno embriona, u matericu žene. Odluka o tome koji embrioni treba da se vrate i koliko njih, je uglavnom odluka lekara – embriologa i ginekologa, i zasnovana je na kvalitetu embriona, starosti i celokupnog zdravstvenog stanja žene. Neće se oploditi sve jajne ćelije i neće svi embrioni biti podjednako dobrog kvaliteta. Drugim rečima, i vest o broju embriona koji su dobri za vraćanje može biti prekretnica u iskustvu. Preostali embrioni, ukoliko ih ima, se mogu zamrznuti. Nakon embriotransfera sledi čekanje, između deset i četrnaest dana, nakon kojih žena najčešće u privatnoj laboratoriji radi test iz krvi na trudnoću, čija vrednost relativno izvesno ukazuje na prisustvo trudnoće. Niske vrednosti Beta HCG testa mogu značiti takozvanu biohemijsku trudnoću ili biti marker potencijalne vanmaterične trudnoće. Drugim rečima, ni on nije poslednja potvrda o zdravoj trudnoći. Nakon njega uslediće ultrazvuk i osluškivanje srčane radnje, što je jedan korak bliže zaokruživanju ovog procesa sa pozitivnim ishodom.

Na osnovu svega rečenog, jasno je da vantelesna oplodnja podrazumeva niz medicinski zahtevnih koraka koji zahtevaju ulaganje, najviše žena. Njihova kompleksnost ne proizilazi iz broja koraka niti nužno iz njihovog trajanja. Uvidom u uputstvo RFZO-a, vide se jasno definisane nadležnosti i uslovi za nastavak postupka. Međutim, svi ovi koraci se moraju kontekstualizovati, odnosno smestiti u specifičan lokalni medicinski kontekst. Karakteristike ovog konteksta relevantne

⁷ Jedna od zdravstvenih komplikacija stimulisnog postupka je hiperstimulacija, odnosno OHSS (eng. „ovarian hyperstimulation syndrome“). Hiperstimulacija može biti posledica samo stimulisnog postupka i nije stanje koje se spontano javlja. Podrazumeva višestruko uvećanje jajnika iz kojih su prikupljene jajne ćelije, nakupljanje vode u trbušnoj duplji praćeno jakim bolovima, i u retkim slučajevima životnu ugroženost.

za razumevanje iskustva vantelesne oplodnje, baš u Srbiji i baš za žene, biće opisani u narednom odeljku.

Specifičnosti medicinskog konteksta

Neki aspekti medicinskog konteksta u kojem se odvija vantelesna oplodnja zajednički su za mnoge klinike te su prisutni i u domaćoj i u stranoj literaturi. Među njima su i razlike koje postoje između pružaoca usluge (različite klinike imaju svoja pravila) i karakteristike odnosa koji se formira sa medicinskim osobljem. Međutim neke karakteristike su specifične za naš kontekst, kao što je interakcija između privatnog i javnog zdravstvenog sistema i traganje za „vezama“ u sistemu. Sve ove karakteristike će biti opisane u nastavku.

Za početak, norme i procesi na klinici nisu produkt samo medicinskog znanja i pravnih regulacija već i fizičkog prostora, socijalnih interakcija i kulturoloških očekivanja u njemu. Bez obzira na set medicinskih koraka koji je neophodan, kao što su uzimanje reproduktivnih ćelija i vraćanje embriona, postupak se može u izvesnoj meri razlikovati među klinikama ili čak među različitim lekarima. Kako naglašava Stanković (2024), odigravanje medicinske intervencije produkt je lokalnih procesa i praksi, organizacije i hijerarhije u ustanovi. Iako su medicinska znanja zajednička, na primer, uputstvo RFZO-a je isto za sve, u lokalnim kontekstima ona se ne repliciraju onako kako se saopštavaju u udžbenicima ili kako se odigravaju na drugim mestima (Van Balen & Inhorn, 2002; Stanković, 2024). Drugim rečima, može se očekivati da se razne prakse, od komunikacije sa pacijentkinjama, preko jačine terapije do dostupnih procedura, razlikuju između lekara ili klinika. Dalje, čak i kada bi koraci opisani u prethodnom odeljku bili zajednički za sve postupke koji se finansiraju iz budžeta, mogu se očekivati odstupanja kada se vantelesne oplodnje samostalno finansiraju. Koraci koji uključuju odobrenje komisije se u tom slučaju sasvim preskaču, međutim nije jasno da li i kakvi kriterijumi za odobrenje postoje u slučaju samostalnog finansiranja, odnosno da li lekari u bilo kom slučaju odvrću par od vantelesne oplodnje ako je par voljan da ga samostalno finansira.

Drugi primer specifičnosti našeg konteksta je odnos između javnih i privatnih usluga zdravstvene zaštite. Kao što je već napomenuto, u našoj zemlji se postupci vantelesne oplodnje finansiraju iz budžeta i u državnim i u duplo većem broju privatnih klinika, što je od značaja za budžete ovih klinika međutim to nije u fokusu ovog rada. Neki podaci ukazuju na to da žene radije biraju odlazak na privatnu kliniku, ne zato što veruju u pozitivniji ishod (na primer, da imaju veće šanse za trudnoću), već zato što veruju da im plaćena usluga obezbeđuje humaniji tretman (Throsby, 2004). Novac jeste jedna od strategija da se pacijentkinje izdvoje od drugih da bi osigurale bržu i kvalitetniju negu i nije rezervisana samo za privatne klinike. Davanje, odnosno primanje poklona prakse su kojima pacijentkinje često navigiraju kroz sistem, računajući da ostvarivanje kontakta i „veze“ sa pojedincima (njihovim lekarima) i na njihovu ulogu u sistemu a ne na sam sistem. Pronalazak „veze“ je u našem kontekstu istraživao u vezi sa porođajem i relativno je česta praksa kojom žene osiguravaju da budu prepoznate kao „nećija“ pacijentkinja u sistemu (Pantović, 2021; 2022). Međutim, pronalaženje „veze“ u sistemu nije jedini element sistema na koji žene mogu da utiču u nameri da sebi obezbede nešto humaniji tretman. Na primer, državnim bolnicama se u kontekstu brige o reproduktivnom zdravlju više veruje (naročito kada je reč o trudnoći i porođaju; Pantović, 2019). U kontekstu vantelesne oplodnje može doći do uverenja da se na privatnim klinikama postupci rade „nekritički“, motivisani zaradom, umesto preporukama struke. Međutim budući da su postupci vantelesne oplodnje finansirani i na privatnim klinikama preko republičkog zavoda, ova veza se tek treba ispitati. Ne znajući da li su odluke motivisane strukom ili finansijama, može se činiti su objektivnost i kvalitet informacija koje dolaze od lekara ugrožene. Na primer, lekari mogu da prenaplašavaju verovatnoću uspeha vantelesne oplodnje, bez

obzira što za to ne postoje medicinski opravdani razlozi a može biti i potencijalno psihološki štetno (Daniluk, 2001).

Na kraju, dramatična karakteristika lokalnog medicinskog konteksta su prakse tretiranja žena na ginekološkim klinikama na koje se u poslednjoj deceniji skreće naročita pažnja. Koncept akušerskog nasilja⁸, istraživao je u akademskim krugovima (Sekulić, 2025) ali je prisutan i u javnom diskursu (Centar za mame, n.d.). Tokom 2022. pokrenuta je peticija za obezbeđivanje besplatne pratnje porodiljama upravo zbog smanjenja šanse za nejednak, nepravedan i nehuman tretman („Za: Ministarstvo zdravlja stop akušerskom nasilju! Omogućite besplatnu pratnju mamama na porođaju“, n.d.). Iako se najčešće vezuje za tretman žena na porođaju, u medijima se sporadično pojavljuju slučajevi zanemarivanja potreba ili nasilja koji nisu nužno u vezi sa porođajem (Vučićević, 2022). Za sada, kada je reč o tretiranju žena u postupku vantelesne oplodnje, ima podataka o negativnim ličnim iskustvima ali ne i sistematskih posmatranja i podataka o nasilju. Međutim, uzevši u obzir medicinski kontekst koji pruža usluge lečenja ne pružajući psihološku podršku a uz to ima i istoriju nasilja u tretiranju žena, može se pretpostaviti da i žene mimo akušerskih stanja mogu naići na, u najboljem slučaju neprijatnosti a u najgorim i nasilje. Ono što je sigurno je da je medicinski tretman u našim bolnicama usmeren na praćenje tradicionalnog medicinskog modela – pažnja se poklanja stručnosti i efikasnosti a ne pacijentkinjama (Jestrović & Mihić, 2020a). Ovo je važno primarno jer su aktuelne preporuke za pružanje adekvatne usluge u postupcima vantelesne oplodnje usmerene na formiranje tima koji bi uključio psihološke i socijalne aspekte lečenja neplodnosti (Covington, 2006b).

Iz perspektive žena, vantelesna oplodnja nije samo medicinska procedura. Njihove psihološke potrebe značajne su i pre nego što prvi put kroče u medicinsku ustanovu a tokom postupka postaju sve kompleksnije. Na primer, ženama je veoma važan kontakt koji imaju sa lekarima, i za ovo postoji više razloga. Prvo, obraćanje specijalistima za neplodnost često znači davanje svog zdravlja, tela ali i budućnosti na poverenje. Kontrola nad tokom lečenja je u rukama lekara i žene imaju percepciju o njihovoj stručnosti zbog čega i pristaju na „prepuštanje“ njihovoj nezi (Cunningham & Cunningham, 2013). Drugo, tokom postupka se medicinsko osoblje često i kontinuirano viđa, stoga ne iznenađuje značaj koji se pridaje kvalitetu komunikacije (Jestrović, 2021). Na kraju, parovi se osećaju kao da su u stanju da se bolje nose sa ishodima i donose informisane odluke kada postoji otvoren i uvažavajući odnos sa medicinskim osobljem (Daniluk, 2001). Treba istaći da kvalitetan odnos sa medicinskim osobljem često znači i manje doživljenog stresa u vezi sa lečenjem (Jestrović, 2021) i da bez obzira na ishod lečenja, lekari i osoblje koji pacijente i pacijentkinje tretiraju „kao individue“ a ne kao „set oštećenih jajovoda“ čine veliku razliku u načinu na koji se govori o lečenju u medicinskom kontekstu (Daniluk, 2001). Međutim bez obzira na ubedljive podatke da psihološki tretman u medicinskom kontekstu značajno oblikuje kvalitet iskustva, podaci koji govore o neosetljivoj, gruboj komunikaciji kroz koju se delegitimišu osećanja pacijentkinja i minimizuje značaj percipiranih iskustva često prate istraživanja komunikacije na klinikama (Covington, 2006; Malin et al., 2006).

Konačno, pre upuštanja na detaljna razmatranja ličnih iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje, koja čine najveći i najvažniji deo ovog rada, biće analizirana dostupnost i sistematičnost

⁸ Akušersko nasilje se odnosi na nasilje nad ženama u preporodajnoj, porodajnoj i postporodajnoj fazi. Ovaj termin obuhvata prakse koje nisu nužno akušerske a mogu se smatrati problematičnim, kao što je neljubaznost lekara spram pacijentkinja ali i akušerske prakse koje su medicinski opravdane ili u nekim slučajevima neophodne, zbog čega se dovodi u pitanje opravdanost ovog termina ali ne i značaj bezbednog porođaja i osiguravanja pozitivnog porođajnog iskustva (Sekulić, 2025).

podataka o broju osoba koje se suočavaju sa njima, odnosno problemi u preciznom evidentiranju, sa posebnim osvrtom na slučaj naše zemlje.

Prevalenca i uspešnost lečenja neplodnosti

Na osnovu analize problema na koje nailaze osobe suočene sa neplodnošću i ulaze u lečenje, jasno je da ovo iskustvo vredno izučavanja iz psihološke perspektive. Analizom broja osoba koje se nalaze u ovoj poziciji jasno je takođe da iskustvo neplodnosti i njenog lečenja nije ni retko, već da pogađa veliki deo opšte populacije. Međutim kreiranje preciznih procena pogođenih osoba predstavlja svojevrsan izazov.

Prvi izazov je pristrasnost medicinske evidencije. Naime, evidenciju je moguće voditi samo među osobama koje ulaze u sistem zdravstvene zaštite po tom osnovu (štaviše, ovo je razlog i istraživačke pristrasnosti kada je reč o odabiru učesnika u istraživanjima: Greil, 1997). Osobe koje ne tragaju za lečenjem ostaju izostavljene iz istraživanja ali i iz statističkih podataka jer su nevidljive po tom osnovu. Na ovaj način, podaci o učestalosti se odnose baš na one osobe koje su neplodnost prepoznale kao lični medicinski problem i rešile da se sa njim suoče ulaskom u medicinski kontekst.

Drugi problem u evidentiranju osoba suočenih s neplodnošću je nivo analize – da li se registruje par ili pojedinac/pojedinka, da li se posmatra određen vremenski period ili ceo život jedne osobe. Neki navodi ukazuju na to da neplodnost pogađa između 10% i 15% parova u reproduktivnom periodu (Deka & Sarma, 2010), dok drugi iznose podatak da se čak svaki četvrti par suočava sa neplodnošću (IFFS, 2016). Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da se u svakom trenutku, 17.5% odrasle populacije suočava sa neplodnošću, što su zasnovali na praćenju dugom tri decenije (WHO, 2023).

Treći problem je vremenski okvir u kojem se neplodnost registruje, budući da šanse nakon godinu dana nemogućnosti začeća spontane trudnoće opadaju, ali i dalje je moguće ostvariti trudnoću bez lečenja za neki broj parova. U tom smislu, podaci o broju osoba suočenih s neplodnošću koji koriste duži vremenski okvir mogu prikazati nešto drugačiju sliku. Svetska zdravstvena organizacija ukazuje na to da oko 10% žena ne uspeva da začne planiranu trudnoću u vremenskom okviru od pet godina (WHO, n.d.).

Četvrti problem je relativnost ovakvih podataka – za registrovane slučajeve neplodnosti nije poznato da li su u datoj godini prvi put dijagnostikovani ili su u sistemu od ranije, odnosno koje klasifikacione kriterijume zadovoljavaju, kao i da li će i na koji način će pristupiti lečenju neplodnosti. Ovaj problem je naročito značajan za lokalni kontekst gde se podaci o broju slučajeva neplodnosti mogu dobiti iz zdravstveno-statističkih godišnjaka. U okviru izveštaja Instituta za Javno zdravlje postoji identifikovan broj slučajeva „neplodnosti žene“, ali odvojeno za službu opšte medicine, zdravstvenu zaštitu žena, medicinu rada itd., što ne otkriva pravi broj registrovanih slučajeva, usled preklapanja između ovih službi. Prema poslednjem izveštaju koji je uključio ovaj podatak (za 2021. godinu) bilo je registrovano oko 15 hiljada slučajeva.

Za razliku od same dijagnoze neplodnosti, prikupljanje i analiza podataka o sprovedenim vantelesnim oplodnjama može biti nešto preciznija. Međunarodna društva periodično saopštavaju stanje na Evropskom nivou, za zemlje koje su učesnice istraživanja, međutim ni ovo nije bez izazova. Evropsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju saopštava da se od rođenja prve bebe začete vantelesnom oplodnjom (Luiza Braun rođena je 1978.), pa sve do 2018. godine na ovaj način rodilo oko 38 miliona beba širom sveta (Geyter, 2018). Ovo društvo saopštava da broj rođenih zdravih beba značajno varira od zemlje od zemlje i kreće se od 20% započetih ciklusa do čak 48%. Podaci o uspešnosti, odnosno podaci o broju rođenih beba, iako su vredni, ne govore o

broju dijagnoza niti o broju sprovedenih vantelesnih oplodnji, odnosno o broju osoba koje kroz njih prolaze. Na primer, Srbija je sa jednom klinikom za vantelesnu oplodnju učestvovala u evropskom istraživanju sprovedenom 2017. godine, kada se na osnovu 330 započetih ciklusa na toj klinici (računajući i krioembriotransfer) rodilo 74 bebe (oko 22%: Wyns, et al., 2017). Ovaj broj govori nešto o uspešnosti ove klinike ali ne i o ukupnom broju vantelesnih oplodnji budući da se postupak vantelesne oplodnje obavlja na više državnih i privatnih klinika.

U Srbiji je prva vantelesna oplodnja uspešno izvedena 1986. godine u Narodnom frontu (Narodni front, n.d.). Nezvanični navodi od pre šest godina ukazuju na to da je tokom 2019. godine, RFZO izdvojio sredstva za postupke vantelesne oplodnje za 4300 žena ("Vantelesna oplodnja plaćena za 4.300 žena u 2019", RTS). Izveštaj RFZO-a za 2024. godinu navodi da su kapaciteti državnih i privatnih ustanova bili procenjeni na oko 21 hiljadu postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje (vantelesne oplodnje koja uključuje stimulisan postupak, transfer zamrznutih embriona i donacije) (RFZO, 2024).

Podatak o kapacitetima ustanova najviše govorio izdvojenim sredstvima RFZO-a, a najmanje o broju osoba koje prolaze kroz postupke vantelesne oplodnje. Razlog ovome je to što isti par ili pojedinci/pojedinke sa drugim partnerom/partnerkom tokom jedne godine mogu proći kroz više postupaka za redom. Takođe, osobe koje se leče o sopstvenom trošku jer ne zadovoljavaju kriterijume finansiranja ili to rade svojim izborom, ostaju van evidencije.

Ukratko, podaci o registrovanim slučajevima neplodnosti, ulasku u postupke vantelesne oplodnje i toku ovih postupaka ne postoje ili su sporadični, jer nema registra koji objedinjuje podatke o obavljenim vantelesnim oplodnjama, nezavisno od izvora finansiranja⁹. Ovo nije zanemarljiv problem, udruženja koja se bave informisanjem i zagovaranjem veće dostupnosti postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje već nekoliko godina unazad insistiraju na važnosti formiranja državnog registra ("Vantelesna oplodnja plaćena za 4.300 žena u 2019." RTS; "Srbija i vantelesna oplodnja: Osamnaest godina duge i neizvesne borbe za bebu", BBC). Istovremeno, u Srbiji se progresivno povećava dostupnost vantelesne oplodnje, što se generalno smatra dobrim za parove suočenim sa neplodnošću, međutim sistematični podaci o tome koliko ove promene imaju uticaja na broj uspešno iznetih trudnoća ne postoje. Drugim rečima, ne postoji praćenje efekta koji povećanje opsega RFZO-a ima na ostvarivanje i održavanje trudnoća i rođenje zdravih beba.

Bez obzira na brojne izazove u preciznom evidentiranju osoba suočenih s neplodnošću i osoba koje ulaze u postupku vantelesne oplodnje, jasno je da su, imajući u vidu relativno učestalu dijagnozu neplodnosti ali i pomeranje starosnih granica i broja finansiranih postupaka, ova iskustva relativno česta (i za mnoge ponovljena) u našem okruženju i da njihova analiza iz psihološke perspektive može značajno doprineti razumevanju reproduktivnih iskustava žena.

U prethodnim odeljcima bilo je reči o aspektima koji su važni za razumevanje konteksta u kojem se vantelesna oplodnja odvija ali i istražuje – politikama reprodukcije, javnim diskursima ali i kompleksnom medicinskom kontekstu. Svi ovi diskursi, ali i prakse, zanemaruju potrebe žena koje se nalaze u njihovom centru. Nacionalistički interesi oblikuju politike bez uvažavanja psiholoških i

⁹ Važno je napomenuti da uz već pomenut Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji (2017) stoji čak devet pridruženih pravilnika, među kojima je i Pravilnik o državnom registru postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje (2019). U kojoj meri je zaživelo vođenje registra i da li se odnosi samo na donirani materijal ili na sve sprovedene vantelesne oplodnje, nije poznato.

socijalnih okolnosti žena; medicinski konteksti žrtvuju posvećenost i kvalitetan odnos zbog brzine i efikasnosti pružanja medicinske nege. Na kraju svega toga, čak ni podaci o broju osoba suočenih sa neplodnošću, broju osoba koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju, ili broju uspešnih vantelesnih oplodnji nisu objedinjeni i ne služe informisanju žena koje u ove postupke ulaze. U spletu ovih kompleksnih društvenih okolnosti nalaze se žene, u delikatnoj poziciji planiranja porodice, suočene i sa ličnim željama i sa veoma različitim putanjama koje vantelesna oplodnja može da ima (ostvarenu trudnoću, gubitak trudnoće, neuspele postupke i pre same oplodnje...). Kao što je već najavljeno, ova studija tiče se življenog iskustva vantelesne oplodnje iz perspektive žena i uključuje analizu neposrednog ali i šireg društvenog konteksta. U narednom poglavlju se detaljno će biti detaljno razmotreni subjektivni aspekti koji čine ovo iskustvo.

Lična iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje

Suočavanje sa neplodnošću i zatim ulazak u lečenje čine važnu prekretnicu u životnom toku parova i pojedinaca i vode promenama u načinu na koji se doživljava partnerstvo i lični identitet. Psihološke reakcije na stres izazvan neplodnošću i lečenjem koje može biti dugo i iscrpljujuće su raznolike i kreću se od inicijalnog nadanja preko osećanja ljutnje i krivice do ozbiljnijih stanja depresije i anksioznosti. Kao i sa drugim psihološkim krizama, osobe suočene sa neplodnošću pribegavaju različitim strategijama prevladavanja, od kojih su neke efikasnije od drugih kada je reč o upravljanju stresom, ali ne garantuju pozitivan ishod. Veoma upadljiva dimenzija celog iskustva je gubitak kontrole nad životnim planovima i budućnošću, ali i nad zdravljem i telom. Svi ovi aspekti iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje biće detaljno razmatrani u nastavku.

Roditeljstvo i neplodnost: značaj za identitet i partnerske odnose

U zajednicama koje se ovom studijom ispituju, roditeljstvo je jedna od značajnijih prekretnica u životnom ciklusu i neretko čini okosnicu identiteta i razvojni imperativ. Na ovom mestu treba istaći da, budući da se studija bavi vantelesnom u Srbiji, iako je perspektiva žena u fokusu, njihov neposredni kontekst čini partnerstvo sa muškarcem. Drugim rečima, značaj roditeljstva i neplodnosti se na ovom mestu analizira u kontekstu monogamnih, heteroseksualnih, uglavnom dugotrajnih, odnosa. U ovom kontekstu, pre tranzicije u roditeljstvo, odrasli život se retko zamišlja kao život bez formiranja sekundarne porodice (Cunningham & Cunningham, 2013). Ova faza životnog ciklusa izrazito je važna, naročito za osobe u partnerskoj zajednici i najčešće se njen dolazak ne dovodi u pitanje. Mogućnost da se porodica proširi uzima se kao podrazumevana – proširenje porodice je „prirodan nastavak“ stabilnog partnerstva, planira se i očekuje u određeno vreme (Cunningham & Cunningham, 2013). Drugim rečima, dolazak deteta se podrazumeva i očekuje se da će doći „prirodno“ i „automatski“ (Franklin, 2002).

Suočavanje sa neplodnošću dolazi u trenutku, implicitnog ili eksplicitnog planiranja porodice i pretpostavke o spontanom proširenju porodice se, pred dijagnozom neplodnosti, menjaju (Matthews & Matthews, 1986). Razumeti da se životni tok ne može i neće nastaviti željenim tempom i u planiranom redosledu menja odnos koji i žene i muškarci imaju prema svojoj budućnosti i svom partnerstvu – kontrola koja je postojala nad životnim planovima je ovim parovima, bar na neko vreme, uskraćena (Mazor, 1978). Kada je životni tok prekinut neplodnošću i drugi potencijalni planovi se odlažu i prilagođavaju. Saznanje o neplodnosti kreira jaz između razrađenih životnih planova, koji se često grade čitavog života, i ograničenja koja donosi neplodnost (Franklin, 2002). Na primer, planovi o željenom broju dece i mestu života se bar privremeno moraju staviti po strani. Ovaj gubitak kontrole naročito je upadljiv kod parova koji ulaze u postupke lečenja neplodnosti koje mogu trajati veoma dugo i angažovati sve kognitivne, emocionalne i materijalne resurse parova (Matthews & Matthews, 1986). Tako je kontinuitet životnog toka prekinut i u njega je uneta pometnja – ovaj zastoj može biti kratkotrajan, međutim, kao što će u narednim odeljcima biti objašnjeno, često se produžava na neodređeno. U zdravstvenopsihološkoj literaturi, suočavanje sa neočekivanim, iznenadnim životnim događajem koji može uzdrmati uverenja i planove pojedinaca i pojedinki naziva se psihološkom krizom (Vlajković, 2005), a suočavanje sa neplodnošću ima sve ove karakteristike¹⁰. Iako se nije

¹⁰ Treba razjasniti da je i samo planiranje porodice i rođenje deteta, iako predvidljiva, ipak kriza. Ova (razvojna) promena zahteva adaptaciju na novonastale okolnosti i angažuje resurse parova koji se sa njom suočavaju. Kada se njoj pridruže saznanje o neplodnosti, a kasnije njeno lečenje i potencijalne komplikacije u trudnoći, ovo se naziva super-

eksplicitno bavio neplodnošću parova, Erikson je analizom identitetskih zadataka u odraslom dobu formulisao fazu takozvane „reproduktivnosti“ – posvećenosti odraslih proširenju porodice ili razvijanju karijere smatra se značajnim aspektom zdrave odrasle ličnosti (Erikson, 2008). On je smatrao da se potrebe i zadaci odraslih u reproduktivnom dobu mogu zadovoljavati i kroz druge produktivne aktivnosti, kako ne bi došlo do stagnacije i „interpersonalnog osiromašnja“ (Erikson, 2008). Međutim, literatura koja se bavi iskustvima suočavanja sa neplodnošću i ulaskom u lečenje ukazuje na više načina na koje dostizanje naredne razvojne faze za parove suočene s neplodnošću često nije moguće. Prvo, identitet osoba, bilo individualan bilo partnerski, često se zasniva na postojanju roditeljima, pa suočavanje sa neplodnošću ima važne posledice po viđenje sebe ili partnerske zajednice, po viđenje svog mesta u porodici i svoje budućnosti. Parovi se suočavaju sa time da treba da izmene klasične predstave o tome koja je funkcija njihovog partnerstva/braka (Matthews & Matthews, 1986; Meyers et al., 1995). Zatim, u literaturi su prisutne tendencije parova da svoje vreme i prostor isključivo posvećuju lečenju i zanemaruju svoje druge zadatke i potrebe, kao što su razvoj karijere, prijateljstva ili partnerstva – ostvarivanje želje za detetom postaje često prioritet zbog kojeg sve ostalo ostaje skrajnuto (Franklin, 2002). Život se fokusira na praćenje ciklusa plodnosti i živi se u iščekivanju ishoda lečenja iz meseca i mesec. Socijalni i poslovni životni aspekti nisu u tom trenutku samo sekundarni tako da zauzimaju manje vremena, već postaju i periferni i manje značajni u životu osoba (Todorova & Kotzeva, 2006). Ovakva vrsta gubitka kontrole, ne samo nad životnim tokom već i nad svakodnevnicom zbog resursa koji se ulažu u lečenje neplodnosti biće detaljno obrađene u odeljku *Upravljanje iskustvom iz perspektive žena*.

Na kraju, aspekt neplodnosti koji će biti važan za ovu studiju je i rodni aspekt. Roditeljstvo je za mnoge način potvrde rodnosti, odnosno, femininosti/maskulinnosti, pa nemogućnost začeća čini da se osobe osećaju kao da ih telo izdaje i da ne ostvaruju ključni aspekt svoje rodnosti (Franklin, 2002; Todorova & Kotzeva, 2006). Čak i pre realizovanog roditeljstva, sama ideja o tome da je trudnoća moguća doprinosi potvrdi femininosti – planiranje, zamišljanje i priprema za trudnoću neretko su deo rodnog identiteta žena. U skladu sa time, saznanje o neplodnosti se interpretira kao telesni nedostatak koji umanjuje vrednost pojedinki (Franklin, 2002). Važno je razumeti da su lični doživljaji neplodnosti u izvesnoj meri oblikovani društvenim očekivanjima i pritiscima, koji su različito usmereni na muškarce i žene. Budući da je majčinstvo tradicionalno važniji deo identiteta i društvene uloge žena nego što je to očinstvo za muškarce („mandat majčinstva“; eng. „the motherhood mandate“; Russo, 1979; Todorova & Kotzeva, 2003) nameće se zaključak da dijagnoza neplodnosti u ulazak u postupke lečenja vrše snažniji udar na identitet žena. Uostalom, čak i kada se žene fleksibilno odnose prema svojoj rodnoj ulozi i njihovo neposredno okruženje to prihvata ili bar toleriše, postati majkom je jedno od rodničkih očekivanja koje se najređe shvata fleksibilno. Štaviše, sve aktivnosti u koje se žena upušta tradicionalno se ocenjuju kroz njihovu prilagodljivost majčinskim obavezama (kršenje rodničkih uloga odobrava se dok nije narušeno tradicionalno izvršavanje dužnosti prema kući i deci) (Russo, 1979). Zbog ovih pretpostavljenih pritisa, implicitnih i eksplicitnih, koje žena oseća pri suočavanju sa neplodnošću, ono se može percipirati kao orodnjeno iskustvo (kao i kada su neka druga iskustava i prakse u pitanju, npr. roditeljska briga: Ivković et al., 2014).

Kada je reč o muškarcima, neplodnost se doživljava kao demaskulinizujuća, čak i na nivou zajedničke partnerske borbe, a naročito ako problemi sa začećem dolaze iz reproduktivnog zdravlja samih muškaraca (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008). Iako postoje izvesne razlike u odnosu na žene, na primer, da se sa željom za očinstvom i društvenim pritiscima u vezi sa njim, muškarci sreću kasnije u životu, očinstvo jeste važan aspekt njihovog identiteta (Stanojević, 2015). Stoga ne

poniranom krizom, ukazujući na kompleksnost preplitanja očekivanog i razvojnog koraka (proširenja porodice) sa neočekivanim (akcidentnim) preprekama (v. Klikovac, 2024).

treba ignorisati značaj koji neplodnost ima u životima muškaraca, međutim kao što će u narednim poglavljima biti detaljno analizirano, imperativ roditeljstva intenzivniji je kada su žene u pitanju i pritisak neplodnosti je za njih snažniji.

Uzevši sve ovo u obzir, jasno je da je neplodnost veliki udarac na identitet pojedinaca, ali i para, i čini veći identitetski izazov za osobe kojima je roditeljstvo predstavljalo važan razvojni zadatak, što su u našem društvu najčešće žene (Matthews & Matthews, 1986; Todorova & Kotzeva, 2003). Osim gubitka kontrole i željenih identiteta (budućih) roditelja, osobe suočene sa neplodnošću mogu kreirati i nove, negativne identitete. Negativni identitet se formira poređenjem onoga što je željeno i idealno, sa onim što u tom trenutku žene znaju o sebi. Kada je reč o samoj dijagnozi neplodnosti, radi se identitetima nepotpunosti ili neostvarenosti, ali istovremeno i „drugosti“, odnosno mogu se osećati radikalno drugačijim i izopštenim od drugih žena koje svoju biološku ulogu ostvaruju spontano (Todorova & Kotzeva, 2006). Nije retko da žene sebe vide kao „očajne osobe“ koje preduzimaju i poslednje korake kako bi za sebe ostvarile ono što su smatrale da će im doći spontano i sa lakoćom (Throsby, 2004). Ukoliko nakon lečenja neplodnosti i dalje ostaju bez dece, mentalno zdravlje žena se stabilno pogoršava (Martinenghi & Naghsh-Nejad, 2025). A čak i ako nakon suočavanja sa neplodnošću, ostvare zdravu trudnoću, to nije dovoljno da se ovi negativni identiteti ukinu ili zamene pozitivnim. Ostvareno roditeljstvo nakon dijagnoze neplodnosti ili njenog dugačkog lečenja ne interpretira se uvek kao prirodan nastavak životnog ciklusa i kao automatski i „normalan“ događaj, već je podsetnik na dugačku borbu (Meyers et al., 1995). Trudnoće osoba koje su ostale trudne postupcima vantelesne oplodnje razlikuju se od spontanih trudnoća i o ovome će biti reči u odeljku *Poseban status trudnoće nakon vantelesne oplodnje*. Osobe koje u ovom procesu uspevaju da pronađu pozitivne identitete u vezi sa svojim drugim aspektima života ili se okrenu alternativnim načinima zasnivanja porodice su relativno retke, ili bar neupadljive u medicinskom i istraživačkom kontekstu (Korolczuk, 2014).

Rodna neravnoteža u pritisku i opterećenosti ne završava se izneveravanjem društvenih i ličnih očekivanja. Ulazak u postupke lečenja otvara nove pritiske i očekivanja, podrazumeva zahtevne i skupe postupke a gotovo u potpunosti je baziran na tretiranju žene kao pacijentkinje. Uzevši u obzir da su društveni pritisci ali i medicinski zahtevi takvi da se od žena očekuje veće uključivanje, te da ispravno poštovanje postupka zavisi od njihovog angažmana, u narednim odeljcima biće usmerena pažnja na iskustva žena koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju.

Život na čekanju

U našem društvu je roditeljstvo veći imperativ za žene nego za muškarce, stoga je prolazak kroz vantelesnu oplodnju za njih složeniji, i to ne samo logistički – žene su snažnije usmerene na svoj cilj i njime više preokupirane od svojih partnera (Throsby, 2004). Tradicionalno se neplodnost i pripisivala ženama, te one, osim što nužno preuzimaju odgovornost za lečenje (a i medicinski je neophodno da one budu pacijentkinje zbog trudnoće), osećaju i veću odgovornost za samu neplodnost i samim tim veću krivicu (Throsby, 2004; Todorova & Kotzeva, 2003).

Fokus ovog dela poglavlja neće biti na ovoj neuravnoteženosti opterećenja između žena i muškaraca, već na sadržaju, karakteristikama i intenzitetu iskustva vantelesne oplodnje, uglavnom kod žena, koje i jesu korisnice terapije i učesnice medicinskih intervencija.

Kao što je već rečeno, VTO je relativno nova medicinska mogućnost, budući da je prvi put na svetu uspešno izvedena pre 48 a u Srbiji pre 39 godina. Zbog značaja koji ostvarenje porodice ima za pojedince i posledica koje suočavanje sa neplodnošću ima na identitet, emocije i partnerstvo, osobe suočene sa neplodnošću osećaju se obaveznim da probaju sve što je u njihovoj moći i što ih može dovesti do željenih ishoda (Franklin, 2002). Može se reći i da sama dostupnost postupaka

lečenja doprinosi ovom pritisku – time što RFZO u Srbiji finansira neograničen broj vantelesnih oplodnji, poručuje ženama da prolazak kroz što veći broj postupaka povećava šansu za trudnoćom, te da je takva putanja lečenja (veliki broj ponovljenih postupaka) sasvim opravdana i moguća. Međutim, iako sa sobom nosi obećanje o ispunjenosti želje za dobijanjem deteta, sam prolazak kroz postupak može biti dugotrajan i bolan, a šanse za ostvarenje zdrave trudnoće nisu velike. Statistike uspešnosti vantelesnih oplodnji značajno variraju ali na globalnom nivou, manje od trećine ciklusa rezultira zdravim rođenjem bebe (Adamson et al., 2018). Neki aspekti postupka su fizički izazovni, neprijatni (npr. puna bešika tokom ultrazvuka ili bolne senzacije prilikom primanja terapije) ili zahtevaju svakodnevno logističko prilagođavanje. Na primer, zbog ritma uzimanja hormona, odnosno davanja injekcija, žene to moraju da obavljaju na poslu ili da se povlače iz socijalnih događaja kako bi imale vreme i prostor za to (Throsby, 2004). U ovom smislu, postupak vantelesne oplodnje vrši pritisak na slobodno vreme žena, koje moraju da balansiraju između profesionalnih i privatnih obaveza (odgovornosti za brigu o domaćinstvu) te da integrišu odlaske lekaru i administriranje hormona u svoj radni dan (Franklin, 2002; Throsby, 2004).

Tokom celog postupka kreira se značajno veći pritisak na fizičko i mentalno blagostanje žena nego muškaraca (Thompson, 2005). One su te koje proživljavaju i otevljuju (eng. „embody“) čitav postupak budući da se njihovi fiziološki procesu nadgledaju i njima se upravlja (Van Balen & Inhorn, 2002). Bez obzira na to da li je reč o „muškom“ ili „ženskom“ faktoru koji dovodi do neplodnosti, uloga muškaraca u postupku je daleko manja, te je manji i pritisak (psihološki i praktični) koji trpe. Drugim rečima, čak iako je uzrok za neplodnost identifikovan kod muškarca, žena prolazi kroz identičan postupak vantelesne oplodnje, kao i kada bi uzrok bio bilo šta drugo. Uspostavljanje režima uzimanja lekova i njihova integracija u dnevne obaveze, opterećujuće je za žene, vremenski, logistički i emocionalno, naročito za one sa manje resursa (Franklin, 2002). Iako navigiranje kroz raspored i organizacija života nisu osnovni izazovi vantelesne oplodnje, i oni mogu da dovedu do većih problema u funkcionisanju. Nošenje sa postupkom vantelesne oplodnje može uzeti maha toliko da sve druge aktivnosti i izvori zadovoljstva postaju periferni (Cunningham & Cunningham, 2013). Kao i sa drugim medicinskim procedurama, hobiji mogu biti ostavljeni po strani ukoliko na neki način predstavljaju pretnju po bezbedno začeće, slično je i sa putovanjima koja moraju biti odložena kako bi bile blizu lekaru.

Neki specifični koraci u samom postupku mogu biti i fizički i emocionalno bolni (npr. aspiracija jajnih ćelija, naročito dok se kroz postupak prolazi prvi put, bez jasne slike o tome kako aspiracija izgleda). Mnoge žene saopštavaju da su se osećale emocionalno iscrpljeno i da se ni jedna vrsta fizičkog bola doživljenog tokom postupka ne može porediti sa emocionalnom traumom (Franklin, 2002). Više autorki se slaže po pitanju viđenja celog procesa – vantelesna oplodnja je trka na duge staze koja može da se produži ili prekine u nepredvidivim trenucima (Cunningham & Cunningham, 2013; Franklin, 2002; Throsby, 2004). Razumevanje složenosti postupaka važno je jer osobe koje su njoj nalaze mogu na svakom od ovih koraka da dožive gubitak i nađu se u situaciji da počinju od početka.

Ulazak u postupak VTO retko ima jednoznačan završetak (Franklin, 2002). Jedna od najčešćih tema koja se javlja u izveštajima osoba koje počinju lečenje neplodnosti je osećaj da čitav život čeka da se lečenje završi (eng. „life on hold“: Cunningham & Cunningham, 2013). Najprominentnija tema u životima ljudi na lečenju su upravo procedure lečenja i terapije, zbog čega trpe svi drugi aspekti života, uključujući i partnerski odnos (Steuber & Solomon, 2008). Žene se mogu osećati kao da ne liče na sebe a ne liče ni na druge žene iz svog okruženja, jer su lišene svih aktivnosti i zadovoljstava zarad lečenja (Sormunen et al., 2020). Budući da je neplodnost već identifikovana kao psihološka kriza, zbog svoje iznenadnosti i moći da prekine životni tok, njeno lečenje zadovoljava dodatne karakteristike životne krize – ima neodređeno trajanje i neizvestan kraj (Vlajković, 2005). Ovakav gubitak kontrole i nošenje sa neizvesnošću biće detaljnije razmatran u odeljku *Upravljanje iskustvom iz perspektive žena*.

U razmatranjima zdravog životnog ciklusa, Erikson govori o nemogućnosti osoba da prihvate svoj životni ciklus i time pređu na naredni stupanj zdravog razvoja, ukoliko nisu izvršili zadatke prethodnog stupnja (Erikson, 2008), što je u ovom slučaju proširenje porodice. U literaturi o neplodnosti, ovo se naziva trajnim „limbom“ ili liminalnom fazom, jer koči prelazak na naredne razvojne zadatke (Cunningham & Cunningham, 2013). U ovoj fazi, osobama je teško da sebe doživljavaju na bilo koji drugi način osim kroz prizmu lečenja neplodnosti, kao i da se posvete aktivnostima koje nisu u vezi sa tretmanom. Iako neki podaci ukazuju na to da lečenje neplodnosti, odnosno vantelesna oplodnja, negativno utiče na karijerni razvoj i zarade žena (Martinenghi & Naghsh-Nejad, 2025), nakon uspešno završenog tretmana, mnoge žene percipiraju vantelesnu oplodnju kao ispravan korak koji je vredan ulaganja zbog trudnoće koja se na kraju ostvari (Dornelles et al., 2016). Stoga treba razumeti da se način na koji se vidi vantelesna oplodnja prilagođava trenutnoj fazi u lečenju ali i u životu žena, stoga se iskustva analiziraju u različitim vremenskim trenucima.

Treba razjasniti da su neke od ovih karakteristika zajedničke i sa drugim postupcima lečenja i medicinskim procedurama – zahtevni i trajni postupci, odlaganje ili prilagođavanje životnih planova, emocionalna bol i fizička neprijatnost. Ipak, ono što ovo iskustvo čini specifičnim je to da se trudnoća uglavnom smatra podrazumevanom i spontanom, pa je suočavanje sa medicinskom procedurom u procesu koji je zamišljen kao prirodan i automatski naročito psihološki izazovno. Ovako zahtevno iskustvo nužno vodi različitim psihološkim reakcijama koje variraju od neprijatnosti do izrazito negativnih emocija. Ove reakcije biće razmatrane u narednom odeljku.

Psihološke reakcije na neplodnost i vantelesnu oplodnju

Žene koje se suoče sa neplodnošću suočavaju se sa, bar privremenom, promenom životnih planova. Kasniji ulazak u lečenje za njih može biti ozbiljno opterećenje u telesnom, logističkom i emocionalnom smislu. Psihološke reakcije na neplodnost i njeno lečenje se stoga tiču i životnih okolnosti, vremenske i finansijske organizacije, ali i bola i telesnih ulaganja koje žene prave ulaskom u postupke lečenja, odnosno u vantelesnu oplodnju.

Žene osećaju značajniji pritisak za zasnivanje porodice a samim tim i veću krivicu za neplodnost (Throsby, 2004; Todorova & Kotzeva, 2003), zbog čega ne iznenađuje podatak da žene doživljavaju veći broj anksioznih i depresivnih simptoma od svojih partnera pri suočavanju sa neplodnošću (Kong et al., 2019; Schaller et al., 2016). Odlaganje životnih planova, usled pritiska vremena i društvenih pritisaka za zasnivanjem porodice očigledno ima snažnije efekte na žene nego na muškarce.

Literatura ukazuje na to da se susret sa biomedicinskim tehnikama lečenja doživljava kao realistično rešenje, te suočavanje sa mogućnostima za lečenje vodi najpre osećanjima nade (Kondaveeti et al., 2011). Postupci vantelesne oplodnje ipak nemaju jasan tok i jednoznačan i pozitivan ishod za mnogo osoba, pa se emocije koje okružuju ovo iskustvo u skladu sa time i menjaju. Ukoliko se lečenje produži, odnosno ako se par suoči sa neuspehim postupcima, oni iznova promišljaju svoju ulogu u neplodnosti i dešava se da osećaju krivicu jer se ostvarivanje trudnoće, koja je za većinu ljudi prirodan i spontan proces, kod njih produžava. Za žene je čest i osećaj ljutnje i nepravde, naročito kada se susretu upravo sa trudnoćama u okruženju, pokazateljima da drugim osobama to nije povod za lečenje već jednostavan i spontan životni korak (Lemmens et al., 2004). Postupci zaista za različite žene mogu sasvim različito izgledati – od prve vantelesne koja se završi zdravom trudnoćom do stalnog ulaska u nove postupke sa neuspehim aspiracijama, neformiranim embrionima ili gubicima tokom trudnoće. U skladu sa time, ali i zahtevnošću postupka u emocionalnom i logističkom smislu, psihološke reakcije mogu varirati od osećaja svakodnevne tenzije i opterećenja, do ozbiljnih simptoma anksioznosti i depresije, koji su češći kod osoba u

lečenju neplodnosti nego u ostatku populacije (Deka & Sarma, 2010; Joelsson et al., 2017). Iako većina tekstova navedenih u ovom odeljku koristi psihološke instrumente za registrovanje simptoma anksioznosti i depresije, žene i same prepoznaju da se njihovo emocionalno stanje razlikuje od uobičajenog pri čemu izdvajaju osećaje tuge, neutešnog plakanja i povlačenje iz aktivnosti koje su im inače prijatne kao najupadljivije (Sormunen et al., 2020). Treba istaći da psihološke reakcije nisu samo reakcije na lične neostvarene ciljeve. Žene pre svega prolaze kroz hladan, mehanički i tehnologizovan postupak vantelesne oplodnje u medicinskom kontekstu, što igra ulogu u njihovom strahu i anksioznosti (Dornelles et al., 2016).

Neki pristupi u razumevanju psiholoških reakcija na vantelesnu oplodnju uključuju analizu individualnih razlika (Lowyck et al., 2009; Verhaak et al., 2010; Van den Broeck et al., 2010). Hipoteza ovih pristupa je da će individualne razlike među ženama prisutne pre lečenja neplodnosti moći da predvide njihove psihološke reakcije tokom lečenja, odnosno vantelesne oplodnje, kao što su nivoi depresivnosti. Osim individualnih razlika, težinu prolaska kroz vantelesnu oplodnju prediktuje i kvalitet socijalne podrške, a treba istaći i da je način na koji je neplodnost prihvaćena i osmišljena, može oblikovati reakcije na dalje lečenje. Drugim rečima, značaj socijalnog konteksta u načinu na koji se neplodnost i njeno lečenje doživljavaju se ne može izbeći. Veliko istraživanje sprovedeno kod nas istaklo je da je distress zbog neplodnosti najveći su ukoliko je identifikovan takozvani „ženski faktor“ (Jestrović, 2021), što je opet u skladu sa nalazima da su pritisci o zasnivanju porodice veći za ženu, a kada se materijalizuju u formi dijagnoze, to značajno utiče na njihovo blagostanje. Druga istraživanja potvrđuju slično, žene koje se snažnije identifikuju sa ulogom majke i to percipiraju kao važan životni zadatak, sklonije su većem osećaju distresa (Greil et al., 2011). Čak i kada se individualne razlike uzmu u razmatranje, važno je napomenuti da nivoi stresa tokom suočavanja sa neplodnošću i tokom njenog lečenja neminovno rastu, često i za muškarca i za ženu.

Neka istraživanja pokazuju dinamične promene u doživljenim negativnim emocionalnim stanjima koje su u vezi sa trajanjem i tokom postupka. Depresivni i anksiozni simptomi u vezi sa lečenjem se javljaju i pre početka samog postupka, u fazi suočavanja sa neplodnošću, što je sasvim u skladu sa idejom da neplodnost prekida životni tok i u njega unosi pometnju (Pasch et al., 2016). Ovo istraživanje ističe da su negativne emocionalne reakcije i dalje vrlo zastupljene kada postupak počne. To ne znači da osobe vide ceo postupak negativno ili da ne osećaju nadu, već kao što je već napomenuto, i sam ulazak u medicinski kontekst može aktivirati neke od negativnih psiholoških reakcija. Sa privikavanjem i upoznavanjem sa karakteristikama postupka, Autori ukazuju da se ovi nivoi doživljenih negativnih emocija snižavaju. Taj pad bi verovatno i opstao kada bi ishodi lečenja bili izvesni i pozitivni, međutim lečenje neplodnosti može trajati i godinama i longitudinalne studije ukazuju na to da nakon više od dve godine lečenja, dolazi do novih, još izraženijih nego inicijalnih, skokova u nivou doživljenih depresivnih simptoma, anksioznosti i hostilnosti (raspodela u obliku slova U: Berg & Wilson 1991). Međutim, domaće istraživanje (transverzalno) ne potvrđuje ovakvu raspodelu, odnosno, ukazuje na druge faktore koji utiču na količinu doživljenog stresa a koji nisu u vezi sa dužinom lečenja, već na primer sa time ko je „nosilac dijagnoze“ ili socioekonomski status (Jestrović, 2021). Na osnovu ovoga jasno je da veza između vremena provedenog u postupcima lečenja i doživljenih negativnih emocija može zavisiti i od drugih faktora, kao što su socijalne pozicija osoba koje se ispituju, njihove individualne razlike a i da može varirati u zavisnosti od konkretnih emocionalnih reakcija koje se ispituju i prethodnih iskustava (ostvarenih trudnoća, spontanih pobačaja itd.). Psihološke reakcije se ne mogu lako predvideti i jasno je da su pod uticajem različitih faktora koji proizilaze iz karakteristika postupka, socijalnog konteksta i karakteristika žena.

Međutim ono što se svakako može tvrditi je da suočavanje sa negativnim ishodom postupka vantelesne vodi skoku u broju depresivnih i anksioznih simptoma (Schaller et al., 2016; Pasch et al., 2016). Žene koje dožive gubitak, odnosno se suoče sa negativnim ishodom lečenja (gubitak

trudnoće ili neuspelu inseminaciju) sasvim očekivano imaju snažnije negativne emocionalne reakcije (Coughlan et al., 2014). Te reakcije nisu izolovane od njihovog partnerskog života, gubici pojačavaju osećaj izolovanosti i zabrinutosti za intimne aspekte partnerstva. Gubitak boji celokupni doživljaj i čak i ako se tokom samog iskustva nije tako činilo, pri prisećanju postupka vantelesne oplodnje, žene koje su doživele negativne ishode, celo iskustvo vide kao stresnije, u poređenju sa onima koje se nisu suočile sa neuspehom (Boivin & Takefman, 1995). Negativne emocije i čak simptomi anksioznosti i depresije koje žene mogu da osećaju nakon neuspelog ciklusa vantelesne oplodnje, iako postepeno opadaju nakon ovog događaja (Pasch et al., 2016), mogu opstati čak i šest meseci (Verhaak et al., 2005). Dugotrajnost ove reakcije može se objasniti i značajem tog gubitka za ženu, ali istovremeno, autori ovih studija ukazuju na to da osobe suočene sa jednim negativnim ishodom vantelesne oplodnje se verovatno već nalaze na putu da uđu u novi ciklus, što je samo po sebi dovoljno da izazove pomenute simptome.

Treba se zadržati i na analizi socijalnih okolnosti koje mogu delovati i protektivno za žene ili kao poseban faktor rizika za doživljavanje negativnih emocija. Na primer, zaposlene i visokoobrazovane žene, sa većim primanjima su pod manjih distresom (Greil et al., 2011; Jestrović, 2021; Kong et al., 2019). Važno je razumeti da zaposlenje i finansijska sigurnost ne obezbeđuju samo više vremena i sasvim očigledno finansijskih resursa da se sa lečenjem izađe na kraj. Materijalna sigurnost i obrazovanje mogu obezbediti i plaćenu psihološku pomoć ili veće razumevanje celokupnog iskustva, te manju izolaciju. Drugim rečima, dostupnost kulturoloških resursa za nošenje sa neplodnošću i lečenjem značajna je kao i dostupnost materijalnih resursa (Erdem & Apay, 2014). Žene sa fakultetskim obrazovanjem se lakše informišu i češće su okružene osobama koje generalno gledaju pozitivnije na neplodnost (Erdem & Apay, 2014). Slično važi i za mlađe žene, koje su delom i „zaštićene“ vremenom, odnosno ne osećaju pritisak izražen u istoj meri kao i starije žene (Greil et al., 2011). Neki autori diskutuju i da istraživanja sprovedena u Americi, gde su materijalni troškovi za vantelesnu oplodnju značajno veći nego u Evropi, pokazuju više nivoa doživljenih simptoma depresije i anksioznosti, što možda ukazuje na to da se deo emocionalnih stanja može obrazložiti i stresom u vezi sa finansijama (Pasch et al., 2016). U našoj zemlji finansijsko opterećenje nije u fokusu ovog iskustva jer se sam postupak često finansira sredstvima RFZO-a. Ipak, kao što će kasnije biti rečeno – navigiranje kroz analize i pripreme postupke znači i dodatne troškove pa se ne može tvrditi da je vantelesna oplodnja sasvim besplatna što je naravno dodatno opterećenje.

Međutim, bez obzira na sociodemografske varijable ukoliko žene veruju da kontrola nad procesom nije u njihovim rukama, veća je šansa da će doživeti više nivoa stresa (Gourounti et al., 2012). O ovom odnosu osećaja kontrole i agensnosti biće reči u narednom odeljku.

Upravljanje iskustvom iz perspektive žena

Složenost logističkog aspekta vantelesne oplodnje, koji angažuje razne resurse osoba koje počinju sa lečenjem, već je objašnjena. Na ovom mestu biće razmatrano pitanje (gubitka) kontrole nad početkom, tokom i ishodom vantelesne oplodnje, ali i nad sopstvenim psihološkim stanjem i socijalnim odnosima. Ipak, u čitavom iskustvu postoje razučeni prostori za agensnost žena koje navigiraju kroz (ograničene) izbore kada je reč o lečenju neplodnosti, tokom kojih one donose odluke kako bi bar delimično povratile kontrolu i ublažile intenzitet iskustva. Ipak, treba istaći da je čitavo iskustvo neplodnosti i lečenja neplodnosti ispunjeno prilagođavanjem na novonastalu situaciju (novu dijagnozu, novu terapiju, novo saznanje o razvoju jajnih ćelija ili broju embriona, rezultat testa) bez mnogo kontrole nad njenim razvojem.

Iskustvo i počinje gubitkom kontrole nad planiranjem porodice. On je zapravo i povod za potražnju za lečenjem – trenutak u kojem odluka da se ostvari trudnoća nije dovoljna za njeno

spontano ostvarenje i kada par/žena uvide da planiranje porodice nije u njihovoj moći (Cunningham & Cunningham, 2013). Važno je istaći da se veliki deo odraslog života usmerava na sprečavanje neželjene trudnoće (Mazor, 1978) i da osobe zbog toga – vremena i truda koji ulažu u „kontrolu“ svoje plodnosti, imaju osećaj kontrole i nad odlukom da začnu trudnoću (Daniluk, 2001). Drugim rečima, ako se tokom odraslog života razni postupci usmeravaju na zaštitu od trudnoće, pozadina toga je očekivanje da bi do trudnoće u suprotnom lako i spontano došlo. Kada parovi odluče, implicitno ili eksplicitno da neće koristiti zaštitu, suočavanje sa time da do trudnoće ne dolazi pokazatelj je da oni nad tim procesom nemaju kontrolu.

Suočavanje sa ovom nemogućnošću utiče na lični i partnerski identitet, što je razmotreno u prethodnim poglavljima. Preuzimanje prvih koraka odnosno kontrole bar u tome kada će lečenje početi, najčešće pada baš na teret žena (Daniluk, 2001; Mazor, 1978; Throsby, 2004). Ulazak u lečenje vantelesne oplodnje, odnosno početak dugačkog puta koji ka vantelesnoj oplodnji vodi, se može posmatrati kao preuzimanje kontrole ali u okolnostima koje ne nude mnogo izbora. Teoretičarke ukazuju na to da samim tim što VTO postoji kao realna medicinska mogućnost, daje osobama suočenim s neplodnošću ideju o tome da će doživeti razrešenje nakon što probaju i taj postupak – bez obzira na njegov uspeh, neodređena budućnost neće biti toliko neodređena (Franklin, 2002). Međutim, uzevši u obzir regulative u Srbiji, i to razrešenje se odlaže ili do uspešnog ishoda, ili do navršene 45. godine, i to samo za one koji nisu voljni da i nakon toga tragaju za alternativama (donacijama u inostranstvu, prolaskom kroz vantelesnu oplodnju o ličnom trošku ili eventualno surogat materinstvom). Karen Trozbi takođe relativizuje mogućnosti izbora kada je reč o ulasku u postupak vantelesne oplodnje – uz potencijalne pritiske koji se osećaju od partnera ili članova porodice, pretnje da za vantelesnu može da istekne vreme zbog starosnog ograničenja, kao postojanje postupaka koji su „besplatni“ dodatno se smanjuje broj argumenata za odlaganje ili odustajanje od postupka (Throsby, 2004). Međutim, treba razmotriti i da li je ulazak u vantelesnu oplodnju uopšte svesna odluka, pa makar načinjena u okolnostima smanjenog izbora. Lečenje neplodnosti uključuje mnoštvo analiza i intervencija, te i biomedicinski potpomognute inseminacije, koje su uvertira u vantelesnu oplodnju. Ova ulaganja traju dugo i sa sobom nose bolne ili bar neprijatne intervencije a u slučaju osoba koje će na kraju ući u postupke VTO, ne donose rezultate. Stoga se može postaviti pitanje da li se o vantelesnoj odlučuje ili je ona spontan i podrazumevan korak u ovom kontekstu. Drugim rečima, može se desiti da parovi ne razmatraju da li će ući u vantelesnu. Oni ulaze u postupke identifikacije problema koji postepeno prerastaju u postupke lečenja i zatim u vantelesnu oplodnju.

Na trajanje postupka, na trenutak u kojem će se postupak obustaviti i na njegov ishod, žena nema nikakav uticaj. Količina uloženog truda, jačina želje, posvećeno vreme ili novac nisu ni u kakvoj korelaciji sa pozitivnošću ishoda (Daniluk, 2001). Kao što govori Jestrović (2021) – stres doživljen tokom lečenja neplodnosti sasvim je nekontrolabilan. Štaviše, ukupno trajanje postupka (ili više njih) nije poznato (neke osobe pokušavaju da dobiju dete vantelesnom oplodnjom i tokom perioda od dve decenije) i negativni ishodi su mogući u raznim tačkama. Ovo ima posledice po osećaj neizvesnosti i stalnog izneveravanja očekivanja budući da osobe retko ulaze u postupak pripremljene na niz prepreka na koje će naići (Franklin, 2002). Situacija je slična za parove kojima je poznat uzrok neplodnosti i one kojima je uzrok nepoznat (Franklin, 2002). Sa jedne strane, ako uzrok neplodnosti nije poznat, to doprinosi osećaju nemoći i borbe protiv „nevidljivog neprijatelja“ (Franklin, 2002). Svaki negativan ishod je dodatno frustrirajuć jer nema dovoljno validnog objašnjenja. Osobama je teško da sebi svoje iskustvo objasne i da ga razumeju, pa se i svaki negativan ishod doživljava kao nepravda. Istovremeno, kada nema identifikovanog uzroka, ne mogu se preduzeti ni koraci u njegovom rešavanju.

Sa druge strane, kada se osećaju kao odgovorni za neplodnost jer je prepoznat uzrok kod jednog od partnera, osećaju se nemoćno i kao da gube kontrolu nad čitavim procesom – planiranjem porodice, ali i lečenjem (Smith et al., 2009). Broj i ozbiljnost prepreka za parove u početku može

doći kao iznenađenje – u javnom diskursu izgrađeno je očekivanje da će „sve biti u redu“ i najdominantniji narativi su oni o uspešno završenoj vantelesnoj oplodnji i porodicama koje su dobile decu (Daniluk, 2001). U postupak vantelesne oplodnje se može ući iznova, što ne omogućava osobama da se „pomire“ sa neplodnošću ili da se okrenu drugim načinima da postanu roditelji. Mnogi izveštaji žena koje su se odlučile na vantelesnu oplodnju opisuju VTO kao poseban način života, budući da prožima sve sfere svakodnevnog (i ne tako svakodnevnog) funkcionisanja (Franklin, 2002). „Živeti vantelesnu oplodnju“ čest je način govorenja o prolasku kroz postupak. Pored toga što uzima veliki deo dana u praktičnom smislu, prolazak kroz vantelesnu oplodnju okupira i prijateljske i partnerski odnos („sve što radiš je da jedeš, piješ i pričaš o VTO“) (Franklin, 2002). Neke žene se mogu odlučiti da napuste svoje radno mesto kako bi se u potpunosti posvetile režimu koji VTO nameće, što se može tumačiti i kao način preuzimanja kontrole nad svakodnevnicom (Franklin, 2002). Ova odluka ipak nije učestala (Throsby, 2004), a kada do nje dođe, motivisana je logističkim poteškoćama i nemogućnošću da se sve obaveze usklade i obave uspešno. Povlačenjem sa posla žene ostaju bez ove distrakcije, što je samo jedan u nizu paradoksa koji one moraju da prebrode budući da su sa jedne strane preplavljenije poslovnim obavezama i pritiscima a sa druge strane jedan deo tih pritisaka zapravo čini odmor od postupka VTO.

Donošenje odluke o narednom koraku, nakon jednog ili više neuspešnih postupaka, težak je i konfliktan zadatak. Žene koje imaju zamrznute embrione lakše se odlučuju na ovaj korak, imaju manje nedoumica u vezi sa nastavkom postupa (Chan et al., 2016). Međutim, one koje embrione nemaju, nalaze se pred odlukom o ulasku u novi stimulisani postupak, koji iznova pokreće ciklus „nade i očaja“ (Chan et al., 2016). Drugim rečima, čitav proces, od inicijalnog entuzijazma, preko intenzivnih ulaganja do potencijalnog razočaranja se ponavlja. Međutim, neki aspekti procesa zahtevaju aktivno učešće žena i podstiču ideju da imaju kontrolu nad čitavim procesom. Na primer, disciplinovano praćenje režima uzimanja hormona i redovne posete lekaru podrazumevaju stalno angažovanje i prisustvo žena. Istovremeno, svaki novi korak ih podstiče da se osećaju kao da je kontrola u njihovim rukama – odluka da se postupak započne ili da se nešto novo uradi drugačije, što se u slučajevima mnogih ne ispostavlja kao povezano sa pozitivnošću ishoda (Daniluk, 2001). Međutim, ovi koraci koji osnažuju ideju da se radi sve što je u njihovoj moći, nisu bez posledica po blagostanje žena. One su tokom stimulisanog postupka, pa sve do iščekivanja testa na trudnoću, podvrgnute terapijama koje se administriraju na različite načine, zbog čega se suočavaju i sa telesnim bolovima i neprijatnostima. Nad jačinom i učestalošću doslovnog fizičkog bola one nemaju kontrolu, međutim, bar nekad mogu imati reč u tome kako će njime upravljati i da li će ga iskoristiti da sa svojim lekarima pregovaraju o alternativnim opcijama (Ha'elyon & Gross, 2011). Ipak, bol sa druge strane prati i narativ da se sve može i treba izdržati zarad višeg cilja, i iako nad bolom nemaju kontrolu, ukoliko urade i izdrže sve što je potrebno, ishod će možda biti pozitivan.

Neke učesnice ranijih istraživanja tvrde kako bi celu situaciju činilo lakšom kada bi znale da za njih ne postoji nikakva mogućnost začeća i održavanja trudnoće. Međutim, budući da uvek postoji nada i da je ulazak u vantelesnu oplodnju moguć, bez obzira na neizvesan ishod, imaju potrebu da budu sigurne da su bar sve pokušale (Franklin, 2002). Ulazak u nove postupke lečenja (koji ne moraju nužno da podrazumevaju vantelesnu oplodnju) se kod nekih opisuje kao zavisnost – stalno razmišljanje o tome „šta ako“ lečenje baš tog puta uspe (Blenner, 1990). Međutim, uprkos dostupnosti i ublaženim, pozitivnim medijskim reprezentacijama vantelesne oplodnje, negativni ishodi nisu retki i u najdramatičnijim slučajevima mogu se završiti spontanom pobačajem (Meyers et al., 1995), o čemu će više reči biti u narednom odeljku. Ako se žene odluče da ne uđu u novi postupak, „pristaju“ na život bez dece, što je iz svih navedenih razloga u vezi sa važnošću roditeljstva ali i odnosa koji okruženje ima prema osobama koje nemaju dece, naročito problematično (Chan et al., 2016). Broj alternativa za zasnivanje porodice je ograničen a njihova dostupnost upitna.

Iako ne bez snažnih negativnih emocija, namerno odustajanje od daljih postupaka lečenja za parove, a naročito žene, predstavlja važan korak za uspostavljanje kontrole nad svojim telom, svakodnevnicom ali i kvalitetom socijalnih odnosa (Daniluk, 2001). Broj postupaka u koji će neko ući (bez ostvarivanja trudnoće) zavisi od njihove odluke, ranijih iskustava ali i fizičke i psihološke snage – neki se odlučuju da prestanu nakon određenog broja ili percipiranog zdravstvenog rizika (Throsby, 2004) a neki zbog osećaja da su iscrpeli svoje psihološke kapacitete i izgubili nadu u pozitivan ishod (Daniluk, 2001; Lande et al., 2015). Parovi, u skladu sa iskustvom i socijalnim okolnostima (finansijama, godinama) prilagođavaju svoje gornje granice (Lemmens et al., 2004). Svi ovi razlozi ukazuju na to da će parovi pokušati bar nekoliko puta (neki i do 20, u proseku između 8 i 9) pre nego što donesu ovu odluku, a neki od njih će se nakon pauze i vratiti postupcima lečenja (Lande et al., 2015). Neki ipak, pod utiskom da lečenje vrši veliki pritisak na njihov odnos i svakodnevno funkcionisanje, preuzimaju kontrolu nad ostatkom svog života (čak iako su posvetili vreme i resurse lečenju) pa odlučuju da se vrate svojim starim aktivnostima ili pak pokušaju da formiraju porodicu na druge načine, npr. usvojenjem (Blenner, 1990).

Složeno iskustvo i osećaji gubitka kontrole, kao i intenzivne negativne emocije neminovno predstavljaju izazov za osobe suočene i osobe u postupcima vantelesne oplodnje. Standardni mehanizmi za prevladavanje stresa ovde mogu da zakažu, budući da su suočeni sa specifičnom situacijom čiji su i trajanje i ishod neizvesni. O mehanizmima za prevladavanje stresa u ovom slučaju biće reči u narednom odeljku.

Mehanizmi prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću i vantelesnom oplodnjom

Načini na koji žene biraju da se nose sa stresom brojni su, ali nisu svi podjednako efektivni. Kao što je već napomenuto, neizvesnost krize čini nošenje sa njom težim i stresnijim (Vlajković, 2005). Analize strategija za prevladavanje stresa potiču iz zdravstvene psihologije u okviru koje su identifikovane grupe ovih strategija – strategije usmerene na problem, strategije usmerene na emocije (Lazarus & Folkman, 1984) i kasnije pretpostavljene strategije usmerene na značenja odnosno reinterpretacije (Folkman, 2008). Strategije usmerene na problem u ovom slučaju značile bi suočavanje sa konkretnim postupcima lečenje, preduzimanje koraka za rešavanje problema neplodnosti. Preostale dve strategije tiču se ličnog osmišljavanja situacije i pronalaženja načina umanjena stresa koji nisu nužno u vezi sa postupkom – na primer razgovori sa prijateljima, profesionalna psihološka pomoć, kontakt sa zajednicom osoba u sličnoj situaciji...

Podaci zasnovani na ženama koje tek ulaze u postupke vantelesne oplodnje sugerišu da aktivno suočavanje sa problemom kao strategija prevladavanja, vodi manjem distresu (Czamanski-Cohen et al., 2019; Van den Broeck et al., 2010). Na primer, u prvom od ova dva istraživanja radi se o ženama od 18 do 35 godina na početku stimulisnog postupka, a u drugom su u uzorku žene koje se prvi put nalaze u postupku vantelesne oplodnje. Iako suočene sa gubitkom kontrole nad planiranje porodice, za žene na početku lečenja karakteristično je preuzimanje kontrole po pitanju praćenja ovulacije, uočavanja problema i odlaska lekaru (Haelyon, 2010). U ovoj fazi žene vide svoju neplodnost kao kontrolabilni životni događaj i u tom slučaju aktivno rešavanje problema doprinosi smanjenju stesa (Gourounti et al., 2012).

Međutim, kada je reč o odmaklom lečenju (na primer kod Jestrović (2021) u uzorku su se našle žene koje pokušavaju da dobiju dete i do 25 godina; kod Gourounti et al. (2012) preko 50% žena je bilo na svom drugom postupku a čak 19% na četvrtom ili nekom sledećem), aktivan pristup rešavanju problema – informisanje i aktivno suočavanje sa stresom ne donose mnogo dobiti budući da je tok lečenja sasvim nepredvidiv i nije u vezi sa povinovanjem medicinskoj proceduri i pripremljenošću žena (Jestrović, 2021; Jing et al., 2021). Istovremeno, svi kontrolabilni postupci kao što su informisanje i praćenje ovulacije odavno su iscrpljeni a u njihovu efektivnost se gubi

poverenje. U ovom smislu i pokušaji preuzimanja kontrole u retkim situacijama kada su mogući, nisu nagrađeni. Drugim rečima, budući da su tok i ishodi lečenja neplodnosti zaista neizvesni, svaki aktivni pristup rešavanju problemi može rezultovati osećanjima frustracije i ljutnje (Gourounti et al., 2012). I istraživanje sprovedeno na našim prostorima potvrđuje da aktivni pristupi prevladanja stresa nisu zastupljeni (verovatno jer nisu ni produktivni) kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću (Milovanović, 2018). Jedno istraživanje pokazalo je da čak ni usmeravanje na emocije ne mora dovesti do nižih nivoa stresa. Žene koje se nalaze pred embriotransferom, ukoliko imaju priliku da podele kako se osećaju, od toga neće imati emocionalne koristi (Panagopoulou et al., 2009).

U ovakvim situacijama, koje nisu kontrolabilne, veća je šansa da će žene pribеći izbegavajućim strategijama prevladanje stresa (Gourounti et al., 2012). Aktivno izbegavanje suočavanja sa dijagnozom, dugoročnim planovima i efektivnosti lečenja uzima različite oblike. Nalazi ukazuju da je aktivno izbegavanje posledica i previsokog stresa ali i nedostatka kvalitetne socijalne podrške (Martins et al., 2011) ili stigmatizujućeg stava okruženja (Jing et al., 2021). Ono može značiti traganje za efektivnim distrakcijama, kao što je za mnoge žene posvećivanje poslu (Franklin, 2002), međutim može značiti i izbegavanje svakodnevnih događaja, kao što su dečji rođendani, proslave rođenja i slično. Čak i sam susret sa trudnom osobom može izazvati visoke nivoe stresa (Meyers et al., 1995). Dugoročno ovakva strategija nije efektivna jer nužno vodi većoj socijalnoj izolaciji (Jing et al., 2021) te autori smatraju da se njeno korišćenje smanjuje ukoliko se u okruženju oseti sloboda za izražavanjem ambivalentnih ili negativnih emocija u vezi sa ovim događajima (Schmidt et al., 2005).

Sa druge strane, ovo izbegavanje može biti i pasivno, odnosno značiti nadati se najboljem i ne razmišljati o realističnosti postupka i narednim koracima. Pasivno izbegavanje je najvidljivije u medicinskom kontekstu. Suočene sa lekarima i medicinskim procedurama, neke žene u ulozi pacijentkinje na sebe preuzimaju ulogu „racionalne“, „staložene“ osobe koja preispituje prakse i pregovara oko narednih koraka za sebe i svoju porodicu. Ovakvo razmišljanje doprinosi osećaju autonomije, naročito u odnosu na lekare (Haelyon, 2010). Autorka iznosi da je ovo naročito važno, jer se čuvaju aspekti identiteta ovih žena koji nisu u vezi sa roditeljstvom ili neplodnošću. Međutim, neke žene percipiraju lečenje kao da je u rukama drugih ljudi – stručnih lica na klinikama (Cunningham & Cunningham, 2013). Za neke žene, ovo se smatra gubitkom kontrole. Uviđajući da su jedna od mnogih pacijentkinja, osećaju se „kao na pokretnoj traci“ i ugroženog dostojanstva. (Daniluk, 2012). Međutim, za neke žene, lekari su jedina veza koju one imaju sa postupcima koji ih mogu dovesti do cilja, stoga svoje aktivno učešće (agensnost) ne smatraju važnom za uspeh, ili je mogu smatrati distraktujućom (Haelyon, 2010; Thompson, 2005). One u tom slučaju ni ne pokušavaju da razumeju sve korake kroz koje prolaze (Thompson, 2005). Postati majka je u ovim slučajevima ultimativna vrednost za koju se valja žrtvovati, te se broj postupaka i dužina lečenja ne preispituju (Haelyon, 2010). Ovakvo „prepuštanje“ se u zdravstveno-psihološkim istraživanjima stresa naziva pasivnim izbegavanjem – na taj način žene se okreću nadanju i fantazijama o uspehu postupka umesto što se uključuju u aktivno rešavanje problema, i to se za njih pokazalo kao efikasan način za smanjenje nivoa stresa koji je u vezi sa neplodnošću (Schmidt et al., 2005). Ovde ipak treba podsetiti i na feminističke autorke koje prepuštanje kontrole lekarima i tehnologiji ne vide nužno kao individualnu strategiju prevladavanja stresa već kao produkt veoma stabilnih i dugotrajnih diskursa o pasivnom ženskom telu i iskustvu koje nije korisno za napredak (Davis-Floyd, 1994; Martin, 2001; Young, 2005). Drugim rečima, odluka da se prepuste brizi lekara i delegiraju im celokupnu kontrolu nad procesom ne mora biti svestan i nameran izbor žene već jedina strategija na koju se mogu osloniti u tom trenutku.

Strategije prevladavanja stresa koje su usmerene na pronalazak značenja ili svrhe koja prevazilazi lečenje neplodnosti se pokazuju kao efektivne u početnim fazama lečenja (prva vantelesna oplodnja). One omogućavaju ženama da relaksiraju pritisak koji osećaju zbog vantelesne

oplodnje i posvete se drugim ciljevima ili projektima (Jing et al., 2021). Pronalazeći pozitivne aspekte iskustva i uopšte se upuštati u reinterpretacije može omogućiti ženama osećaj kontrole i stoga smanjiti nivo stresa (Czamanski-Cohen et al., 2019). Ovo je potvrđeno i kod Gourounti et al. (2012) gde su u uzorku bile žene sa najrazličitijim iskustvima i često više postupaka vantelesne oplodnje iza sebe. Veza između ove strategije i nivoa stresa može se objasniti i na drugi način. Osim što je potencijalno ova strategija efikasna, može biti i da žene koje su pod previsokim stresom nemaju dovoljno kapaciteta za primenu ovakvih strategija (Jestrović, 2021) jer one podrazumevaju fokusiranje na druge ciljeve, što ženama izloženim visokim nivoima stresa nije dostupno. Drugim rečima, korelacija ne znači da je ova strategija ni svima dostupna ni za sve podjednako efektivna.

Nakon razmatranja iskustava na polju neplodnosti i vantelesne oplodnje postaje jasno da život osoba, naročito žena suočenim sa ovim, ne može ostati nepromenjen. Iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje uključuju redefinisane ličnog i partnerskog identiteta, gubitak kontrole nad životnim planovima ali i nad svakodnevnicom te niz psiholoških reakcija. Sve ovo menja i kratkoročne i dugoročne planove, kao i osećaj samoeфикаsnosti u hvatanju u koštac sa ovim izazovima. Značajno je istaći da ovo iskustvo oblikuje i život koji dolazi nakon njega – završetkom samog medicinskog postupka i izlaskom iz kliničkog konteksta se iskustvo ne završava. Cilj vantelesne oplodnje je dostizanje zdrave trudnoće i zdravog porođaja, te se svi ovi meseci nakon samog embriotransfera mogu analizirati i u kontekstu vantelesne oplodnje. Iako trudnoća za neke žene postaje realnost, za neke se postupak okončava ili bez njenog začetka, ili u nekim slučajevima pobačajima i drugim komplikacijama u trudnoći ili na porođaju. U narednom odeljku biće razmatran upravo život nakon završetka medicinskog dela postupka vantelesne oplodnje.

Završetak postupka – trudnoće i pobačaji

Trajanje i tok vantelesne oplodnje varira usled mnoštva faktora. Najpre, ni sama hormonska terapija se ne uzima uvek jednak broj dana, zatim, negde, i za neke žene, embrioni se vraćaju trećeg a negde petog dana. Osim toga, postupak se može prekinuti iz više različitih razloga te zdrava trudnoća nije jedini način da se on završi. Kao što je u odeljku *Vantelesna oplodnja kao medicinska procedura* navedeno, do doživljenog gubitka i prekida postupka može doći i tokom same stimulacije proizvodnje jajnih ćelija (jer folikuli ne rastu), preko aspiracije (jer su prazni ili su jajne ćelije lošeg kvaliteta), vantelesne oplodnje (jer se jajne ćelije nisu oplodile), nakon embriotransfera (jer nije došlo do trudnoće). Međutim, dva ishoda vantelesne oplodnje imaju naročit značaj za parove a posebno za žene, jer produžavaju i intenziviraju čitavo iskustvo – ostvarena trudnoća i gubitak trudnoće, odnosno pobačaj. Ova dva ishoda čine da se i meseci nakon završenog postupka tumače i doživljavaju u svetlu vantelesne oplodnje.

Trudnoće nakon vantelesne oplodnje

Psihološki i socijalni kontekst trudnoće nakon vantelesne oplodnje specifičan je zbog istorije lečenja neplodnosti koja ne prethodi spontano začetim trudnoćama. Značenja koja se pridaju sebi, partneru i trudnoći se zbog ovoga mogu razlikovati, a roditeljski identitet baziran je na uloženom vremenu, psihološkim i socijalnim resursima, a potencijalno i doživljenim gubicima (Meyers et al., 1995). Kada je reč o poređenju trudnoća začetih spontano i trudnoća nastalih vantelesnom oplodnjom, postoji upadljiva diskrepanca između podataka u istraživanjima – ne postoji konsenzus u vezi sa sličnostima i razlikama između ovih trudnoća. Rezultati istraživanja koja mere varijable generalizovane anksioznosti ili briga specifičnih za trudnoću, porođaj i roditeljstvo često su kontradiktorni. Međutim treba ukazati na to da trudnoća ipak pokriva dugačak period (a anksioznost u vezi sa održanjem trudnoće s vremenom opada: Hjelmsted et al., 2003) i da trudnice imaju različita iskustva sa ranijim trudnoćama i potencijalnim gubicima, što može doprineti velikim razlikama u podacima. Poređenje spontane trudnoće sa trudnoćom nakon prve uspešne vantelesne oplodnje bez komplikacija verovatno će proizvesti manje razlike u odnosu na poređenje spontane trudnoće sa trudnoćom nakon više neuspešnih vantelesnih oplodnji ispunjenim gubicima. Istovremeno, treba uzeti u obzir i ambivalentne emocije, te da olakšanje i briga za budućnost mogu postojati istovremeno.

Jedna grupa nalaza ukazuje na to da se (neke) trudnoće ostvarene putem vantelesne oplodnje psihološki ne razlikuju od trudnoća nastalih spontano. Na primer, kada je reč o emocionalnom blagostanju, odnosno, nivoima depresije ili anksioznosti ili zadovoljstvu u braku, nema razlika između dve grupe trudnica (Hammamberg et al., 2008; Joelsson et al., 2017). Neke anksioznosti zajedničke su svim trudnicama, na primer generalizovana briga o sopstvenoj i bezbednosti deteta (Shih et al., 2015). Dalje, brige u vezi sa izgledom i telesnim promenama prisutne su kod trudnica bez obzira na način na koji su ostale trudne (Stevenson et al., 2016). Napomenuću da je četvrtina žena koje su ostale trudne nakon VTO u ovom poslednjem istraživanju već imala dete, sve su bile mlađe od 40 godina i trudnoće su već bile „pri kraju“. Ovo je važno, jer sa opadanjem anksioznosti u poslednjem trimestru, žene imaju više kapaciteta da razmišljaju i brinu o promenama koje im do tada nisu bile u fokusu. Interesantno je da su žene koje su ostale trudne vantelesnom oplodnjom u proseku starije od žena koje su ostale trudne spontano, i to može biti izvor anksioznosti (Stevenson et al., 2016) a uz to je i povod za pojačane prenatalne testove zbog uočavanja poremećaja ploda. Međutim, na polju brige o zdravlju deteta, uprkos ovoj specifičnosti, nekoliko nalaza ukazuje na to da nema razlike u izraženosti ove brige između dve grupe trudnica (Darwiche et al., 2014; Hjelmsted et al., 2004; Shih et al., 2015). Tokom cele trudnoće, za obe grupe roditelja nema mnogo promena u kvalitetu njihovog partnerstva (Cebert et al., 2019), ali roditelji dece rođene nakon

vantelesne oplodnje prolaze kroz neke procese zajedničke za sve roditelje – na primer da zadovoljstvo partnerskom vezom bude nešto manje nakon rođenja deteta nego tokom trudnoće (Cairo et al., 2014).

Druga grupa nalaza usmerena je na ispitivanje specifičnosti trudnoća nastalih vantelesnom oplodnjom. Na primer, žene koje su ostale trudne vantelesnom oplodnjom, a nemaju već decu i učestvovala su u istraživanju tokom prva dva trimestra trudnoće, smatraju brige tipične za trudnoću, one u vezi sa izgledom i telesnim promenama trivijalnim i perifernim (Shih et al., 2015). Slično se osećaju i u vezi sa manjkom slobodnog vremena nakon porođaja i nelagodnosti u trudnoći procenjuju kao manje važne i efikasnije se nose sa njima (Hjelmsted et al., 2003). Iskustvo trudnoće smatraju ispunjavajućim i nagrađujućim u većoj meri od ostalih trudnica (McMahon et al., 1999). Čini se da žene koje ostvaruju trudnoću nakon dugačkog lečenja idealizuju to iskustvo i imaju manju tendenciju da ističu negativne aspekte. Međutim, treba naglasiti da ovo ne znači da tegobe ne postoje, već da je moguće da se žene trudne nakon dugačkog lečenja osećaju kao da ne bi trebalo da ukazuju na ovakve tegobe, budući da su one posledica dugoželjenog stanja (Covington & Burns, 2006). Slično kao i sa minimizovanjem tegoba koje imaju u vantelesnoj oplodnji, tegobe u trudnoći su mala cena koju plaćaju, kako bi ostvarile porodicu. Trudnoća se smatra dovoljnom nagradom za sve proživljeno i žene osećaju dužnost da budu zahvalne i zadovoljne stanjem u kojem se nalaze (Dornelles et al., 2016). Psihološki aspekti vezani za roditeljstvo razlikuju se već tokom trudnoće. Na primer, afektivna vezanost za plod (peti mesec trudnoće sa prvim detetom) a kasnije i vezanost za (prvo) dete snažnije je kod roditelja koji su dobili dete vantelesnom oplodnjom (Cairo et al., 2014).

Međutim, kod ovih trudnica javljaju se i neki specifični strahovi, što ne iznenađuje, jer u kontekstu suočavanja sa neplodnošću, kada je ulaganje u trudnoću počelo mnogo pre samog pozitivnog testa, jasno je da može doći do novih vrsta izazova – ostvarene trudnoće se mogu doživljavati drugačije nego u opštoj populaciji. Žene se mogu osećati kao da ne pripadaju krugu „normalnih“ trudnica a više ne pripadaju ni krugu ni žena koje se suočavaju sa neplodnošću, što može voditi i izolaciji od socijalne podrške (Covington & Burns, 2006). Neki podaci ukazuju na to da žene koje su ostale trudne nakon postupka vantelesne oplodnje u prvom delu trudnoće strahuju od pobačaja, pozitivan test na trudnoću nije jednoznačno povod za radovanje, jer parovi nisu sigurni kako će trudnoća teći (Lemmens et al., 2004). Trudnoću uglavnom karakteriše briga za prvi naredni korak, od pozitivnog testa do ultrazvuka, od ultrazvuka do prenatalnog testiranja. Na zdravlje bebe fokusiraju tek u drugom delu trudnoće – pretpostavlja se, od trenutka kada budu sigurne da je sa trudnoćom sve u redu (Hjelmsted et al., 2003). Osećaj da nešto može da pođe po zlu i da će se „opustiti“ tek kada budu sigurne da je beba tu nije retkost među ženama koje su ostale trudne nakon vantelesne oplodnje (Stevenson et al., 2016). Ovi strahovi mogli bi da objasne i različita ponašanja u trudnoći. Na primer, jedno istraživanje ukazuje na to da žene koje su ostale trudne vantelesnom oplodnjom manje „pričaju“ sa svojom bebom, odnosno, ukupno joj upućuju manji broj ponašanja od drugih trudnica (McMahon et al., 1999). Bez obzira na osećaj sreće i ostvarenosti nakon postignute trudnoće, lečenje neplodnosti ili gubici doživljeni tokom lečenja ostavljaju trag na doživljaje sebe i trudnoće (Steuber & Solomon, 2008). Ove trudnice sebe često pripremaju na negativna iskustva i na razočaranja.

Žene koje vode trudnoće procenjene kao rizične i koje su „pod pretnjom“ od pobačaja, pokazuju više nivoa depresije, anksioznosti, čak i osećaja beznada (Gümüşsoy et al., 2020). One često moraju da miruju, zbog čega ostaju same i lišene prijatnih aktivnosti značajnih za njihov identitet, a uz to mogu naići i na probleme sa strukturisanjem svog vremena i zarađivanjem novca (Covington & Burns, 2006). Drugim rečima, ograničenja koja su doživela tokom vantelesne oplodnje, da uzimaju terapiju i kontrolišu svoje telo, nastavljaju se kroz celu trudnoću.

Interesantno je da su blizanačke trudnoće relativno česte nakon vantelesne oplodnje i da sa sobom nose specifične zabrinutosti u vezi sa kompetencijama žena da se nose sa roditeljskim

izazovima (Stevenson et al., 2016). Blizanačke trudnoće ipak nisu jedini razlog za smanjeno samopouzdanje kada je reč o roditeljstvu, budući da postoje nalazi koji ukazuju na to da i žene trudne sa jednim plodom strahuju za svoje roditeljske kompetencije, verovatno usled dugog čekanja i niza prepreka na koji su naišle tokom lečenja neplodnosti (Hammamberg et al., 2008).

Sve ovo ukazuje na to da je vantelesna oplodnja pre svega dugačak proces i da žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju ne čine jednu homogenu grupu. Razlikuju se po godinama, socioekonomskom statusu i obrazovanju (a u prethodnom odeljku ovo je naznačeno kao relevantan prediktor nivoa stresa). Razlikuju se i po iskustvima gubitka, opštem zdravstvenom stanju i dužini svog suočavanja sa neplodnošću i vantelesnom oplodnjom. Ne čudi da su u nekim grupama iskustva trudnoće bliža iskustvima trudnicama koje su spontano ostale trudne dok neke žene ipak izveštavaju o specifičnim strahovima. Nažalost, strahovi za održanje trudnoće i bezbednost ploda za neke žene postanu i realnost. Iskustvo pobačaja češće je za žene koje su ostvarile trudnoću putem vantelesne oplodnje i o ovome će biti reči u narednom odeljku.

Neuspeh i gubitak u vantelesnoj oplodnji

Koncept gubitka je izrazito složen kada je reč o neplodnosti i njenom lečenju. Samo suočavanje sa dijagnozom smatra se gubitkom nečega čega „nikada nije ni bilo“, zbog čega se bol koji osobe doživljavaju često vidi kao nedovoljno legitimizovan (Mazor, 1978; Seibel, 1997). Kada se uđe u postupak vantelesne oplodnje, „ulog“ se povećava što se više postupak približava kraju, naročito ukoliko se postupak završi trudnoćom. Međutim, i pre potencijalne trudnoće, razni koraci u ovom postupku mogu dovesti do osećaja neuspeha i gubitka što je već više puta objašnjeno. Što je postupak više odmakao, potencijalni gubici su više materijalizovani i snažnije se doživljavaju. Najdramatičniji gubitak u procesu lečenja neplodnosti je gubitak željene trudnoće, odnosno spontani pobačaj. Pobačajem u Republici Srbiji smatra se gubitak trudnoće do 28. nedelje trudnoće. Smrt ploda nakon ovog trenutka ne smatra se pobačajem već mrtvorodenim detetom (Institut za javno zdravlje, 2022). U opštoj populaciji pobačaji su relativno retko iskustvo (ili se dešavaju veoma rano u trudnoći dok ona nije ni zapažena) koje postaje učestalije ili bar uočljivije za osobe koje prolaze kroz postupke vantelesne oplodnje (Serrano & Lima, 2006). Najpre treba istaći da podaci ukazuju da nije postupak vantelesne oplodnje taj koji vodi učestalijim gubicima trudnoće, već drugi faktori rizika zastupljeniji među ženama u postupku nego među ženama u opštoj populaciji (godine, opšte zdravstveno stanje, ginekološki problemi). Dalje, žene u postupku vantelesne oplodnje prate svoju trudnoću u fazama kada većina žena ne bi ni znala da je trudna, te doživljavaju gubitke koji inače ne bi bili ni vidljivi.

Spontani pobačaj praćen je snažnim fizičkim bolom i osećajem „da nešto ozbiljno nije u redu“ (Wenzel, 2020) zbog čega se smatra stresnim ili štaviše traumatičnim iskustvom, naročito kada je ponovljen, odnosno kada ga jedna osoba doživi više puta za redom, što je svojstveno osobama suočenim s neplodnošću (Serrano & Lima, 2006).

Osećaj gubitka nakon pobačaja po trajanju i intenzitetu poredi se sa drugim velikim životnim gubicima (kao što je gubitak drage osobe). Međutim, gubitak trudnoće nije materijalizovan na isti način kao drugi gubici, odnosno, kulturološki prepoznati načini za tugovanjem za bliskim osobama nisu dostupni (Brier, 2008). Gubitak trudnoće za neke žene izgleda kao gubitak velike količine krvi (Ainsworth-Smith, 2007), što čini tradicionalne rituale sahranjivanja nemogućim. U najvećem broju kultura ne postoje ni drugi rituali tugovanja za neuspehom trudnoćom, što doprinosi osećaju izolovanosti ili nedovoljno legitimisane tuge. (Matthews & Matthews, 1986). Kada su neke procedure dostupne, one se ne koriste i o ovome se može govoriti u kontekstu prihvatljivih društvenih praksi (Jokić & Davidov-Kesar, 2008). Razumevanje i legitimizacija ovog gubitka može zavisiti i od faze trudnoće u kojoj se pobačaj dogodio. Podrška okruženja, bilo porodičnog ili

medicinskog, manja je u situacijama veoma ranog gubitka trudnoće (Ainsworth-Smith, 2007) a budući da se radi o kratkoj i vizuelno neprimetnoj trudnoći, okruženje često nije ni upućeno pa žena tuguje u izolaciji (Wenzel, 2020). Istovremeno i žene, svesne rizika u trudnoći, same sebi ukidaju legitimitet tugovanja. Iako vizuelno neprimetna, trudnoća je za žene kroz medicinsku tehnologiju materijalizovana (kroz rezultate krvi ili ultrazvuk). Stalno nadgledanje i tumačenje znakova, te brzo registrovanje trudnoće i njenog održavanja kod osoba koje su na lečenju omogućava i brzo vezivanje za trudnoću i bebu. Dok je ranije vezivanje bilo moguće tek kada beba počne da se pomera sada medicinski podaci govore nešto o bebi i pre nego što su ih žene fizički svesne (Covington, 2006a). Drugim rečima, gubitak trudnoće se mnogo ranije u trudnoći materijalizuje, budući da žene imaju slike sa ultrazvuka ili druge slične podatke kao „dokaz“ da su bile trudne. Tokom vantelesne oplodnje čak su i embrioni materijalizovani, vidljivi na ultrazvuku tokom embriotransfera.

Žene koje su imale priliku da čuju otkucaje srca vide ultrazvuk mogu da tuguju i za „uspomenama“ na trudnoću te je tugovanje više materijalizovano nego kod onih koje su trudnoću izgubile sasvim rano (Ainsworth-Smith, 2007). Međutim, žene koje su doživele odmaklu trudnoću i čije je šire okruženje postalo učesnik trudnoće, nailaze na posebne teškoće nakon gubitka, prolazeći kroz situacije prepričavanja i objašnjavanja bolnog događaja osobama iz okruženja (Wenzel, 2020).

Nije iznenađujuće da u periodu nakon pobačaja, kod određenog broja žena (rezultati meta-studije ukazuju na raspon od 8% do 20%) se javljaju simptomi depresije, dok je anksioznost još češća (18%-32%: Farren et al., 2018). Negativne emocije koje prate pobačaj snažnije pogađaju žene nego njihove partnere i uključuju i telesne aspekte koje muškarci i ne mogu da dožive. Zbog ovoga, žene se osećaju izolovano ili napušteno jer neke od najvažnijih aspekata situacije ne mogu da podele ili objasne partneru (Serrano & Lima, 2006; Freda et al., 2003). Ipak, važno je napomenuti da nakon pobačaja i muškarci i žene pokazuju znake ozbiljne tuge iako je tugovanje žena snažnije (Farren et al., 2018; Serrano & Lima, 2006). Muškarci nakon ovakvog gubitka preuzimaju odgovornost da budu staloženi za svoju partnerku ali i okruženje, čime sebi uskraćuju mogućnost da pokažu tugu (Ainsworth-Smith, 2007).

Iako nisu svojstveni samo za osobe koje se suočavaju sa neplodnošću, u tom kontekstu pobačaji imaju svoje specifičnosti. Zbog kompleksnih značenja koja trudnoća ima za osobe suočene sa neplodnošću, gubitak trudnoće doživljava se kao višestruki gubitak – on nije povezan samo sa trudnoćom (gubitkom bebe¹¹), već se doživljava neuspeh i „propalo“ ulaganje koje je došlo i daleko pre toga (Freda et al., 2003). Može se dogoditi čak i kada je tokom samog procesa VTO sve bilo (medicinski) u redu (Franklin, 2002) i zbog toga treba prepoznati da intenzitet tugovanja nije u vezi sa trajanjem trudnoće – iako se pobačaj može dogoditi i rano, on je znak gubitka dugoročnog truda i nadanja u trudnoću i njeno održanje (Ainsworth-Smith, 2007). Za žene koje izgube trudnoću nakon postupaka vantelesne oplodnje, gubitak je i pretnja da nikada neće ostvariti zdravu trudnoću i dobiti dete (Freda et al., 2003). Za mnoge, to znači ponovni ulazak u postupak vantelesne oplodnje (eng. „Back to square one“: Freda et al., 2003), što, kao što sam već mnogo puta prokomentarisala, ima svojevrzne posledice na svakodnevno funkcionisanje osoba (Ainsworth-Smith, 2007). Iako se svakim neuspehim postupkom vreme ili resursi za novi postupak i trudnoću smanjuju, i žene ovo navode kao izvor anksioznosti (Freda et al., 2003), nivoi tugovanja nakon pobačaja ne zavise od starosti žene (Serano & Lima, 2006). Drugim rečima, snaga gubitka jednaka je bez obzira na to koliko postupaka u budućnosti je moguće. Gubitak trudnoće je jedan od nekontrolabilnih aspekata

¹¹ Iako medicinska terminologija koristi različite termine za plod u različitim fazama trudnoće, žene koje gube željenu trudnoću, naročito nakon vantelesne oplodnje, na plod obično referiraju kao na bebu a retko na „trudnoću“, „fetus“ i slično (Ainsworth-Smith, 2007).

lečenja neplodnosti – na njega ne mogu da utiču ni same žene, a ni njihovo socijalno okruženje niti lekari (osim greškom). Ta vrsta bespomoćnosti izaziva osećaje generalizovane ljutnje, zameranja i frustracije (Freda et al., 2003). Bez obzira na to, atribuiranje ovog gubitka ličnim postupcima i aktivnostima nije retkost – pokušavajući da sebi objasne šta se dogodilo i predvide isto sledeći put, žene se samookrivljavaju (Freda et al., 2003). Moguće je da se ovime vraća deo kontrole – ako se radi o nečemu na šta mogu da utiču, to mogu i da promene. Međutim, ovime se pokreće novi ciklus stavljanja težine neplodnosti, lečenja, pa čak i gubitaka na teret žena.

Jedna od specifičnosti lečenja neplodnosti je relativno kratak razmak između dva postupka, zbog čega može doći do nove trudnoće dok je par i dalje u procesu tugovanja za gubitkom prethodne trudnoće. Ovo je važno za kliničke praktičare kako bi razumeli ambivalentne emocije ili burne reakcije koje u kontekstu spontanih trudnoća nisu uobičajene, a kod osoba na lečenju neplodnosti mogu biti u vezi sa prethodnim gubicima (Ainsworth-Smith, 2007). Ipak, ostvarivanje nove trudnoće može biti prilika za umirenje i sticanje novog osećaja postignuća (Covington, 2006). Podaci ukazuju da je psihološki oporavak nakon gubitka trudnoće, odnosno povratak na uobičajene nivoe stresa, potrebno bilo gde između 6 meseci (Brier, 2008) i godinu dana (Farren et al., 2018).

Iako gubici nisu svojstveni samo ženama koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju, usled specifičnosti postupka, oni su višeslojni i češći upravo za njih. Gubici su deo iskustva i mnogo pre ostvarene trudnoće, te ih treba razmatrati u kontekstu razumevanja celokupnog iskustva. Neki gubici su materijalizovani i prepoznati, te se može računati i na brzu reakciju okruženja, kao kada je reč o gubitku poodmakle trudnoće. Ipak, vantelesna oplodnja može voditi gubicima tokom postupka koji su neprepoznati, nematerijalizovani i koji onda predstavljaju specifičan izazov žene ili para koji kroz to prolazi, uz pritisak i očekivanje, a često i svesnu nameru, da se ubrzo nastavi dalje sa postupcima.

Razmatranjem potencijalnih ishoda vantelesne oplodnje zaokružuje se predstavljanje toka i kompleksnosti ovog iskustva. Lično iskustvo neplodnosti i vantelesne oplodnje obuhvata preispitivanja identiteta, svakodnevnice, sopstvene agencnosti i mnoštvo psiholoških reakcija. Na kraju, u ovom odeljku detaljno su razmatrani poželjni i nepoželjni ishodi vantelesne oplodnje, te kako se oni razumeju u kontekstu dugotrajnih ulaganja i krize koja im je prethodila.

U nastavku, biće razmatran neposredni društveni kontekst u kojem se vantelesna oplodnja dešava. Najpre, partnerski odnos i porodica, a zatim i nešto šira zajednica. Ukratko, budući da neplodnost i vantelesna oplodnja okupiraju sve aspekte života, oni u izvesnoj meri oblikuju društveni život žena, a veza postoji i u drugom smeru – kvalitet iskustva i nošenje sa njim zavisice od karakteristika društvenog okruženja i podrške koja iz njega može da dođe, o čemu će biti reči u narednom odeljku.

Društveno okruženje žena u vantelesnoj oplodnji

Susret s neplodnošću a zatim lečenje putem vantelesne oplodnje događa se u složenom društvenom kontekstu, čiji neki elementi su pomenuti u samom uvodu ove studije. Jasno je da značenje koje se pridaje iskustvima neplodnosti i vantelesne oplodnje nije samo lično i intimno. Kako će se osmišljavati identiteti i zamišljati odgovarajuće lečenje zavisi od mnogo toga, a razni aspekti koji oblikuju ove procese već su objašnjeni¹². Ipak, kada je reč o iskustvu, odnosno o doživljajima tokom samog postupka, važno je svesti analizu i na niži nivo, a to je neposredno društveno okruženje – prijatelji i kolege, partneri, porodica i zajednica osoba koje se suočavaju sa istim iskustvom. Ovo okruženje igra ulogu u nošenju sa stresom, i to na pozitivne i na negativne načine.

Za početak, vantelesna oplodnja zauzima veliko mesto u životu žena, emocionalno, ali i logistički. Uzimati hormone, voditi računa o striktnom rasporedu i brinuti o hrani, piću i aktivnosti, nužno privlači pažnju društvenog okruženja i u najbenignijem slučaju vodi do neprijatnih razgovora ili interakcija (Throsby, 2004). Mnoge reakcije iz okruženja interpretiraju se kao ugrožavajuće, među njima su i nedovoljno osetljivi komentari ili saveti zasnovani na predrasudama i ličnim uverenjima (Lemmens et al., 2004; Meyers et al., 1995). Saveti ovakve vrste, naročito jer dolaze od manje bliskih ljudi, distanciraju žene od svog okruženja iz dva razloga – najpre jer su do tog trenutka već preduzele najrazličitije dostupne korake pa je svaki savet zapravo samo dodatni pritisak koji je nesvrshodan. Istovremeno, takve vrste saveta krše njihove granice, ulaze u intimu i sistem vrednosti, te banalizuju njihove pokušaje da dobiju dete, svodeći ih na redovnost seksualnih odnosa ili na raspoloženje (Lemmens et al., 2004; Meyers et al., 1995).

Ipak, kao i kada je reč o drugim vrstama stresora, osobe suočene sa neplodnošću tragaju za podrškom bliskih osoba, bar u izvesnoj meri (Cunningham & Cunningham, 2013). Podrška kakvu očekuju ipak nije jednostavno definisati, usled delikatnosti iskustva. Sa jedne strane, otvorenost i učestalost sa kojom se o postupcima vantelesne oplodnje govori pokazuju trend rasta, odnosno, ova tema sve je manji tabu u sve većem broju okruženja. Ipak, neke rodne razlike u ovome postoje pa tako, žene su te koje više dele a samim tim više tragaju i za uključivanjem svog okruženja – tek nešto više od polovine muškaraca razgovara sa roditeljima o ovoj temi, dok oko 86% žena to čini (Kondaveeti et al., 2011). Ipak se dešava da se postupak drži u tajnosti kako ne bi postojao pritisak da se i okruženje stalno drži obaveštenim o postupcima i njihovim ishodima (Franklin, 2002) ili da se o njemu bar previše ne diskutuje. Dramatični ishodi, kao što su spontani pobačaji takođe imaju status porodične tajne – iskustva o kojem se ne govori a kojeg su svi u nekoj meri svesni (Ainsworth-Smith, 2007). Jedan od razloga za ovo je i odgovornost koju parovi osećaju da se pobrinu za članove svoje porodice čak i kada sami prolaze kroz gubitak – izolovanje od njih znači manji broj bolnih razgovora na tu temu.

Paradoksalno, iako isključivanje najbližeg okruženja može služiti kao zaštita od neprijatnosti ili dodatnog emocionalnog bola, ono lišava pojedince i pojedinke socijalne podrške koja im može biti vredna (ili koja im je neophodna). Štaviše, u literaturi o psihološkim krizama naglašava se značaj socijalne podrške kao „branika“ koji ublažava dejstvo psiholoških kriza – čini izvor snage za osobe pod stresom i moderira nastankom i tokom psihološke krize (Vlajković, 2005). Ključ je u tome što je dostupna socijalna podrška često nedovoljna ili neadekvatna, što onda moderira njenu pozitivnu ulogu u prevladavanju stresa. Žene koje dobijaju adekvatnu socijalnu podršku pokazuju

¹² Treba podsetiti na politike reprodukcije, širenje opsega finansiranja postupaka vantelesne oplodnje, specifičnosti lokalnog medicinskog konteksta i vantelesne oplodnje kao medicinske procedure, što su sve faktori koji oblikuju kako će se neplodnost i vantelesna oplodnja reprezentovati u ličnim iskustvima žena.

manje depresivnih simptoma (Erdem & Apay, 2014) i doživljavaju ukupno manje negativnih emocija u vezi sa neplodnošću i njenim lečenjem (Greil et al., 2011). Naročito kada je reč o teškim, rizičnim trudnoćama, socijalna podrška značajno umanjuje psihološko opterećenje žena (Gümüşsoy et al., 2020). Oslanjanje na prijatelje rasterećuje svakodnevni pritisak pod kojim se, naročito žene nalaze, i omogućava prostor i vreme za deljenje i slobodno izražavanje emocija. Oslanjanje na porodicu vodi još većim dobitima – može trajno olakšati pritisak pod kojim se žene nalaze i umanjiti anksioznosti vezane za uopšteno dijagnozu neplodnosti ili nemogućnost da se dobije dete (Martins et al., 2011). Ovo naravno važi samo ukoliko porodično okruženje ima generalno podržavajuć i pozitivan stav prema neplodnosti i vantelesnoj oplodnji, te samo ne doprinosu pritiscima koje par ili sama žena mogu osećati.

Domaće istraživanje ukazuje na to da se žene najčešće oslanjaju na svoje partnere (o čijoj podršci će najviše biti reči u narednom odeljku) ali da i podršku porodice, čak i prijatelja procenjuju kao relativno zastupljenu (Jestrović & Mihić, 2020b). Ipak, ova podrška ima svoja ograničenja – smanjuje se srazmerno dužini lečenja, što govori delom o otuđenju para, zbog posvećenosti lečenju ili zbog različitosti u pogledu porodične strukture (Jestrović & Mihić, 2020b). Drugim rečima, par verovatno ulazi u postupke lečenja u slično vreme kada i njihovi prijatelji proširuju porodice, zbog čega im je to zajednička i bliska tema. Međutim, ukoliko se trudnoća dugo ne ostvaruje, prijatelji već dobijaju decu a par suočen sa neplodnošću i dalje je u postupcima i na izvestan način igra ulogu para bez dece, usled čega mogu biti isključeni, nekada spontano a nekada i namerno, iz aktivnosti svojih prijatelja.

Treba istaći da je pružanje kvalitetne podrške delikatan zadatak za bliske osobe zbog čega i u komunikaciji sa porodicom može doći do problema u ostvarivanju onoga što je partnerima potrebno (Martins et al., 2011). Zbog ovoga, neki autori ukazuju na podrška okruženja ne mora za sve osobe značiti umanjeno stresa, i da neki imaju koristi od čuvanja svog lečenja u tajnosti. Za neke osobe, naznaka negativnih komentara, naročito od najbližih, potpuno je neprihvatljiva (Lemmens et al., 2004), stoga uključivanje socijalnog okruženja nije univerzalna preporuka. Osobe na lečenju neplodnosti se nalaze pred zadatkom da identifikuju i primene strategiju komunikacije u uključivanja drugih, koja je njima korisna (Schmidt et al., 2005).

Na primer, mogu biti izloženi neprimerenim reakcijama (pitanjima, dodirivanjima) koja slede iz nerazumevanja iskustva (Freda et al., 2003). Porodica nekada šalje i okrivljavajuće poruke u smislu predugog čekanja na zasnivanje porodice ili na ulazak u postupak (Throsby, 2004). Prisustvo spoljašnjih pritisaka koje porodice doživljavaju kao „ohrabrenja“ da se na vreme uđe u postupak često vode višim nivoima distresa kod partnera, nego kada ovih pritisaka nema (Greil et al., 2011). Kada se neki bolniji aspekti iskustva podele sa okruženjem, osobe mogu naići na neodgovarajuće reakcije i čak se naći u poziciji da se nose sa iznenađenjem i tugom svojih članova porodice zbog situacije u kojoj se sami nalaze (eng. „comforting the comforters“: Throsby, 2004).

Naravno, socijalno okruženje se razlikuje po mnogim varijablama i istraživanja ukazuju na demografske karakteristike koje menjaju ulogu koju socijalno okruženje ima u iskustvu vantelesne oplodnje, pa tako žene iz ruralnijih područja izveštavaju o značajno negativnijim iskustvima u poređenju sa ženama koje žive u većim i gradskim okruženjima (Todorova & Kotzeva, 2003). Može se pretpostaviti da ruralna okruženja podrazumevaju čvršću povezanost, tradicionalnija očekivanja i veće pritiske, pa je socijalno okruženje ne uspeva da pruži adekvatnu podršku, već doprinosi stresu. Jedno istraživanje sprovedeno u Kini ističe da se na život bez dece u tradicionalnom okruženju ne gleda blagonaklono, zbog čega parovi češće ostaju bez podrške nakon neuspešnih postupaka vantelesne oplodnje (Kong et al., 2019). Slično ovom nalazu, parovi su skloniji da lečenje neplodnosti drže u tajnosti u okruženjima u kojima je ova tema tabuizirana (Czamanski-Cohen et al., 2019).

Uključivanje šireg socijalnog okruženja može biti selektivno i može se razmatrati kao pozitivan ili negativan doprinos nošenju sa stresom, međutim uključivanje oba partnera u postupke vantelesne oplodnje je bar u nekoj meri neminovno. Partnerski odnos i značaj partnerske podrške tokom ovog iskustva je važna istraživačka i psihološka tema i biće razmotrena u narednom odeljku.

Kvalitet partnerskog odnosa i efekti krize na partnerstvo

Ukoliko se neplodnost definiše kao godinu dana nezaštićenih seksualnih odnosno koji nisu rezultirali trudnoćom, to znači da ona nužno uključuje (bar) dvoje ljudi. U praksi, sa neplodnošću se suočavaju partneri, odnosno par, i ovo suočavanje se odražava i na partnerski identitet i na njihove životne ciljeve, o čemu je već bilo reči u odeljku *Roditeljstvo i neplodnost – značaj za identitet i partnerske odnose*.

Partnerski odnos ostvaren je bar neko vreme pre eksplicitnog suočavanja sa neplodnošću, budući da dijagnozi često prethode meseci pokušavanja koji se ne tumače nužno odmah kao alarm. Karakteristike partnerstva naravno oblikuju način nošenja sa ovim iskustvom ali postoji i povratna veza – karakteristike iskustva mogu da predvide dalji tok partnerskog odnosa. Drugim rečima, kvalitet partnerstva značajan je za nošenje sa krizom, ali u nekim slučajevima, neplodnost i vantelesna oplodnja su dovoljno jake krize da vode prekidu partnerskog odnosa, odnosno razvodu.

Lečenje neplodnosti podrazumeva ispunjavanje zajedničkog razvojnog zadatka, pa je tako očekivano, ali i ohrabrujuće, kako tvrdi Jestrović (2021) da se žene najviše oslanjaju baš na svoje partnere dok prolaze kroz lečenje neplodnosti. Najpre je važno istaći da se kvalitetna komunikacija među partnerima smatra protektivnim faktorom, odnosno, da smanjuje količinu stresa izazvanog neplodnošću (Schmidt et al., 2005). Otvorena komunikacija sa partnerom, odnosno partnerkom, umanjuje šansu za nastanak problema na ličnom planu (sa fizičkim i mentalnim zdravljem), problema u odnosu između partnera i problema u socijalnim vezama sa porodicom i prijateljima (Schmidt et al., 2005). Komunikacija se ne tiče jednostavne atmosfere deljenja i prihvatanja, značajno je i aktivno učešće muškog partnera. Kada je partner odsutan ili nedovoljno uključen, žene doživljavaju više nivoa anksioznih i depresivnih simptoma (Verhaak et al., 2005).

Ne treba tumačiti „otvorenu komunikaciju“ kao intimnu karakteristiku para koja postoji nezavisno od drugih njihovih okolnosti najpre vezanih za socioekonomski status, ali treba istaći da partnerstvo može biti izvor snage za osobe suočene sa neplodnošću te način na koji se ono doživljava može pomoći u navigiranju kroz celo iskustvo. Na primer, ako je prioritet partnerske zajednice njihovo zajedničko vreme, hobiji i ljubavni odnos, to se drugačije odražava na mentalno zdravlje tokom vantelesnih oplodnji u poređenju sa parovima gde je proširenje porodice prioritet.

Osobe koje prolaze kroz lečenje neplodnosti često ističu zajedničko sučeljavanje sa problemom, deljenje i razumevanje međusobnih osećanja, komunikaciju i podršku kao ključne aspekte partnerstva u ovom procesu (Ying & Loke, 2015). Iz ovih karakteristika partnerstva crpi se i bračno zadovoljstvo i viši kvalitet života. Stoga treba očekivati i spregu između funkcionalnosti odnosa i nivoa stresa doživljenog u lečenju neplodnosti (veći stres znači manju funkcionalnost i obrnuto: Jestrović, 2021). U kontekstu funkcionalnosti partnerstva izučavane su razne varijable. Jedna od njih je i afektivna vezanost, gde sasvim očekivano, sigurno vezani partneri osećaju pozitivnije emocije u vezi sa lečenjem neplodnosti od onih koji to nisu (Lowyck et al., 2009). Poseban aspekt ovog odnosa koji naročito umanjuje količinu doživljenog stresa je doživljaj zajedništva među partnerima, odnosno viđenje suočavanja sa neplodnošću kao zajedničkog problema o kojem partneri otvoreno razgovaraju i zajednički prevazilaze (Jestrović, 2021). Budući da se sigurna vezanost operacionalizuje kroz emocionalnu dostupnost i responzivnost partnera, ova

dva nalaza su sasvim u skladu – sigurno vezani partneri su dostupni i odgovaraju na potrebe drugog, što omogućava funkcionalnije prevazilaženje stresa izazvanog neplodnošću i njenim lečenjem.

Partnerski odnos značajan je i kada je reč o nošenju sa gubitkom (eng. „coping“). Istraživanja ukazuju na to da je kvalitetna komunikacija sa partnerima jedan od ključnih aspekata, ne samo dijadnog prevladavanja stresa zbog neplodnosti, nego i nošenja sa gubitkom nakon pobačaja – parovi koji ove teme ne tabuiziraju i otvoreno dele svoje emocije u vezi sa ovim događajima, zadovoljniji su svojim odnosim i rezilijentniji na stres (Kielek-Rataj et al., 2020). Jedno istraživanje, analizirajući specifičnosti parova koji nastavili svoj partnerski život bez dece i 20 godina nakon vantelesne oplodnje pokazalo je da imaju efikasnije strategije za komunikaciju od drugih parova (Sydsjo et al., 2011). Drugim rečima, kvalitetan partnerski odnos je protektivan dok traje vantelesna oplodnja, olakšava nošenje sa gubitkom i opstaje čak iako ni 20 godina kasnije ne dođe do trudnoće. Važno je istaći značaj ove grupe nalaza, jer usmeravaju istraživačku pažnju na karakteristike odnosa između partnera, nasuprot individualnim karakteristikama pojedinaca i pojedinki koji ulaze u postupke lečenja, čija analiza može biti i patologizujuća.

Iako je partner značajna figura i kvalitetna komunikacija i uključenost partnera umanjuju efekte krize, prolazak kroz neplodnost i vantelesnu oplodnju nisu bez izazova. Muški partneri sami prepoznaju da lečenje neplodnosti zahteva veći angažman žene i da na nju ima snažniji efekat. Sa jedne strane, muškarci mogu pokazati tendenciju da zaštite i pomognu ženi, dok sa druge strane mogu razmišljati o tome kako da sačuvaju zdrave aspekte svog partnerstva i života, uprkos intenzivnom tretmanu (Lemmens et al., 2004). Izgleda kao da postoji disbalans u nivou psiholoških ulaganja kada je reč o lečenju neplodnosti – iako je muškarcima stalo da zasnuju porodicu, nisu spremni da prolaze kroz intenzivne procese po svaku cenu (Daniluk, 2001). Drugim rečima, izgleda kao da postoji tendencija da su žene spremnije da veći deo svog života žrtvuju zarad osnivanja porodice nego njihovi partneri, što utiče na njihov odnos i dalje planove. Navigiranje kroz kompleksne strahove i potrebe partnera može voditi problemima u komunikaciji: iako su oboje pod stresom, strepnje žena i muškaraca se mogu razlikovati – na primer, žene strahuju da neće uspeti da održe trudnoću a muškarci brinu o zdravstvenim posledicama zahtevnog postupka (Schaller et al., 2016). Dalje, ženama se može činiti kao da njihovim partnerima nije dovoljno stalo do uspešnosti postupka, dok se muškarci osećaju kao da je lečenje neplodnosti nadvladalo sve druge aspekte njihovog života (Lemmens et al., 2004). Ovaj disbalans je naročito važno istaći, jer dvoje partnera ipak prolaze kroz jedno specifično iskustvo. Neki od specifičnijih razloga su potpuni gubitak intime usled upleta lekara i medicine u njihov privatan odnos (Valsangkar et al., 2011). Vreme provedeno sa partnerom je trivijalizovano – pristup seksualnim odnosima je isprogramiran, i ova intimnosti partnera postaje nužni zadatak iz kojih su zadovoljstvo i spontanost izuzeti (Jestrović, 2021; Meyers et al., 1995; Valsangkar et al., 2011). Podaci o uticaju koji „faktor neplodnosti“ ima na intimu partnera nisu jednoznačni. Neki ukazuju na to da je seksualni život partnera naročito pogođen ukoliko je registrovan „muški faktor“ neplodnosti, što je u skladu sa idejom da je za muškarce neplodnost demaskulinizujuća (Smith et al., 2009). Ovo ne potvrđuju sva istraživanja što govori i o uticaju kulturoloških faktora na način na koji se neplodnost doživljava (v. istraživanje sprovedeno u Australiji: Hammarberg et al., 2010). Na primer, u domaćem istraživanju najsnažniji uticaj na seksualni život ima „ženski faktor“ ili slučaj kada je dijagnoza prisutna kod oba partnera (Jestrović, 2021).

Partnerski odnos pogođen je na više nivoa – od intime i svakodnevne komunikacije, do usklađivanja očekivanja od trajanja postupka i ulaganja na koja je par spreman. Otvorena komunikacija i uključenost muškog partnera umanjuju stres kod žena, a snažno partnerstvo i sigurna vezanost pozitivno predviđaju kvalitet života i nošenje sa stresom izazvanim vantelesnom oplodnjom. Ipak, neplodnost i vantelesna oplodnja su dugotrajni i stresni događaji, stoga je važno analizirati i povratnu spregu – da li nošenje sa neplodnošću, vantelesnom oplodnjom ili život bez dece utiču na partnerstvo.

Budući da je suočavanje sa neplodnošću i njeno lečenje dugačak proces, neupitno je da se u nekoj meri održava na percipiranu podršku partnera, komunikaciju i uopšte funkcionalnost partnerskog odnosa (Lemmens et al., 2004). Ovo složeno iskustvo za neke parove vodi snažnijem osećaju bliskosti i čak ojačanom partnerstvu (Franklin, 2002) i može se pretpostaviti da su ovo upravo partneri koji pokazuju visoko zajedništvo. Može se raditi i o karakteristikama lečenja neplodnosti, na primer, kada se radi o prvoj vantelesnoj oplodnji, kvalitet partnerstva može ostati očuvan, naročito ako se ona završi pozitivnim ishodom (Holter, et al, 2006). U ovom slučaju, radi se o kratkotrajnoj krizi koju parovi zajedno prevaziđu i ona samim tim ne vrši pritisak na njihov odnos dugoročno. Slično potvrđuju i druge studije u kojima pri ulasku u postupke lečenja parovi uglavnom tvrde da im je odnos bolji ili nepromenjen (Kondaveeti et al., 2011) ili da čak i bez obzira na trajanje lečenja, ne pokazuju razlike u bračnoj funkcionalnosti u odnosu na kontrolne grupe (Onat & Beji, 2012). Međutim, nisu svi podaci o partnerstvima u kontekstu neplodnosti i vantelesne oplodnje tako optimistični. U skladu sa složenim zahtevima koje suočavanje sa neplodnošću stavlja pred partnere, uočeno je i pogoršavanje partnerskog funkcionisanja sa vremenom – budući da i nivoi negativnih emocija skaču nakon druge godine lečenja, dolazi i do pogoršanja partnerskog funkcionisanja (Berg & Wilson, 1991). Jedno istraživanje koje je ispitivalo bračnu funkcionalnost par meseci nakon vantelesne oplodnje pokazalo je da ovi parovi imaju niže skorove od kontrolne grupe (Kong et al., 2019). Partnerski identitet može biti baziran na mogućnosti da se porodica proširi, te se zajednica dvoje ljudi bez dece u nekim slučajevima ne smatra potpunim brakom/porodicom (Franklin, 2002). Suočavanje sa neplodnošću menja kako osobe sebe vide, a u kontekstu partnerstva, budi mnoštvo specifičnih nesigurnosti u vezi sa partnerskim odnosom, kao što su osećaj neprivlačnosti, nedostatak seksualne želje i strah od napuštanja (Mazor, 1978). Ako se lečenje neplodnosti produži ili dođe do nedvosmisleno negativnih ishoda – neuspešnog ciklusa ili spontanog pobačaja, partneri često osećaju krivicu, u zavisnosti od identifikovanog uzroka neplodnosti. Drugim rečima, ukoliko je jedan od partnera identifikovan kao faktor u neplodnosti, taj partner oseća veću krivicu nakon neuspelog pokušaja. Ta krivica se komunicira na različite načine a jedan od njih je i „dozvoljavanje“ partneru ili partnerki da pronađe drugu osobu za zasnivanje porodice, što govori o tome koliki prioritet za njih zasnivanje porodice zapravo ima (Throsby, 2004).

Neka istraživanja pratila su dužinu i kvalitet partnerskog odnosa i decenijama nakon procedura vantelesne oplodnje. Za neki broj parova, rastanak, odnosno razvod bio je i povod da se procedura obustave (8% kod Lande et al., 2015). U Norveškoj, 10 godina nakon vantelesne oplodnje, 83% parova je ostalo zajedno, međutim percepcija žena bila je da su postupci lečenja neplodnosti izvršili pritisak na njihov odnos te da je preko 50% njih razmatralo razvod kao mogućnost (Sundby, et al, 2007). U apsolutnim brojevima ovi statistički podaci ne govore mnogo, ali jeste značajno istaći da se postupci vantelesne oplodnje smatraju dovoljno stresnim da se vide kao potencijalan povod za prekid partnerskog odnosa.

Partnerski odnos je značajan jer se najpre u postupke lečenja neplodnosti ulazi radi ostvarivanja zajedničkog cilja. Ipak, navigiranje kroz informacije, analize i postupke, strahove i gubitke zahteva dodatnu podršku. Nije retkost da se žene okreću drugim ženama u sličnim postupcima odnosno zajednicama posvećenim tome da im olakšaju postupke vantelesne oplodnje, o čemu će biti reči u narednom odeljku.

Zajednice i resursi za žene u vantelesnoj oplodnji

Socijalni odnosi žena suočenih sa neplodnošću su delikatni i uzimaju različite oblike. Ukoliko je lečenje počelo, žene prolaze i kroz medicinski kontekst koji sa svojim specifičnostima neretko biva otuđujuć, hladan a nekada ima i direktne negativne posledice na njihovo blagostanje.

Partneri su značajne figure, međutim, mogu imati drugačija očekivanja ili pokazati različit nivo uključenosti u odnosu na žene. Jedan od načina da se psihološke i socijalne potrebe žena suočenih sa neplodnošću dopune su onlajn zajednice. Njihova osnovna vrednost leži u tome što okupljaju žene sa sličnim problemima i predstavljaju vredan izvor podataka o samom iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje te mogu biti način uzorkovanja učesnica (v. Sormunen et al., 2020; Steuber & Solomon, 2008). Onlajn zajednice postoje u različitim formama, na primer, tematskog foruma (kod nas *Forum Kutak*) ili grupa na društvenim mrežama poput Fejsbuka (kod nas *Vantelesna oplodnja – put do bebe posut preprekama*).

Onlajn zajednice podrazumevaju virtuelno okupljanje osoba koje su slične po jednom – suočene su sa dijagnozom neplodnosti i tragaju za nekim vidom socijalne podrške. Zbog ovoga, lakše je postići osećaj pripadnosti, jer nema „autsajdera“ – svi učesnici i učesnice dele iskustvo ili se njime profesionalno bave (Aarts et al., 2015). Jedna od osnovnih poruka je da korisnici i korisnice ovih zajednica „nisu same“ već da dele svoje iskustvo sa drugima u toj zajednici (Malik & Coulson, 2010). Dok su svakodnevne interakcije pune govora o deci i trudnoći, a žene se osećaju kao da svi oko njih formiraju porodicu, onlajn forum pruža kontrast ovome – sigurno okruženje gde nema takvih „opasnosti“ (Gonzales & Gonzales, 2022). Grupa kakva postoji u onlajn zajednici ne postoji u njihovom svakodnevnom životu – sa sličnim iskustvima, okupljena na jednom mestu. Isto tako, kada sumnjaju u ekspertize lekara ili osećaju da od njih neće dobiti blagovremene informacije i empatični pristup, žene se okreću drugim korisnicama onlajn zajednice (Burns, 2018).

Za onlajn zajednice koje okupljaju osobe suočene sa neplodnošću karakteristični su vidovi komunikacije usmereni na pružanje pomoći. Na primer, korisnice (najčešće žene) upućuju jedna drugoj reči utehe ili ohrabrenja, tragaju i pružaju informacije i savete te dele lična iskustva (Malik & Coulson, 2010). Mogućnost da se i same postavle kao ekspertkinje time što dele svoja iskustva i savete sa drugim ženama na početku postupka, osnažuje korisnice zajednice i umanjuje negativne emocije u vezi sa iskustvom (O’Connell et al., 2021). Drugim rečima, onlajn zajednice imaju dve ključne funkcije – emocionalnu (umirenje, ohrabrenje, utehu) i informacionu (traganje za informacijama, savetima, uputstvima) (Sormunen et al., 2020).

Zanimljivo je da ovakve zajednice omogućavaju formiranje malih grupa žene koje u svakom trenutku dele neko iskustvo, odnosno nalaze se u istoj fazi lečenja – na primer, sve žene dok čekaju embriotransfer dele svoja osećanja o ovom događaju (Burns, 2018). Isto tako, u ovim fazama primećuju se specifične vrste interakcija. Na primer, kada razgovaraju o periodu između dva postupka, dok nisu na terapiji ili ne iščekuju intervencije, korisnice najčešće razgovaraju o svakodnevnim situacijama ili koriste priliku da prodube svoja prijateljstva. Interakcije vezane za postupke vantelesne oplodnje, na primer čekanje (eng. „two-weeks wait“) između embriotransfera i testa za trudnoću ispunjene su potražnjom za savetima (Malik & Coulson, 2010). Ovakva izdiferenciranost onlajn zajednica govori o osetljivosti, odnosno mogućnosti da se zadovolje specifične potrebe žena u svakom trenutku. Iskustva koja se dele značajno su detaljnija i otvorenija od iskustava koja se dele sa porodicom i prijateljima – korisnice nekada i same prepoznaju da u onlajn zajednicama nema granica u pogledu broja ili detaljnosti informacija (Burns, 2018). U analizama onlajn zajednica vidljivo je da se o bolnim i intenzivnim iskustvima govori u detalje i bez zadržke (Lee, 2017).

Specifičnosti onlajn zajednica i njihove dobrobiti korišćene su i kao psihološke intervencije – u svrhu veće dostupnosti informacija i obezbeđivanja podrške, formirane su onlajn zajednice pacijenata i pacijentkinja sa njihovim medicinskim osobljem. Distanca i nedostupnost osoblja, koji se inače percipiraju kao negativni aspekti iskustva, ovakvom zajednicom se značajno umanjuju (Aarts et al., 2015). Osnovna dobit ove intervencije je skretanje veće pažnje na psihološke potrebe i pitanja pacijenata i pacijentkinja, koji uzimaju najveću ulogu u upravljanju sadržajem u ovakvoj zajednici. Iako se ova konkretna zajednica tiče jedne bolnice, na njoj je vidljiva potreba osoba suočenih sa neplodnošću da dobijaju blagovremene ali i pouzdane informacije od svog osoblja.

Dodatna dobit je i lakše uklapanje ovakvih konsultacija u već zauzet dnevni raspored i pacijenata i pacijentkinja ali i osoblja. Slično je i sa onlajn izvorima informacija, baziranim sa pouzdanim i relevantnim podacima za žene suočene s neplodnošću. Korišćenjem ovakvih izvora žene mogu da dobiju specifičnu informaciju koja im je potrebna i samostalno reaguju na svakodnevne izazove u, na primer, komunikaciji sa partnerom ili donošenju odluke o narednom koraku u lečenju (Cousineau et al., 2008). Drugim rečima, onlajn zajednice nadomešćuju više nedostataka uočenih u društvenom okruženju, budući da su i vremenski fleksibilnije, nisu vezane za fizički prostor a nude odgovore za goruća pitanja u svakoj fazi iskustva. Ipak, onlajn zajednice nisu bez mana. Njihova forma je takva da su žene izložene najrazličitijim iskustvima i komentarima „bez filtera“ što može voditi i negativnim reakcijama – uznemirenosti zbog tuđeg gubitka ili neosetljivog komentara, ali i prihvatanja neproverene ili netačne informacije koja je tamo podeljena (Sormunen et al., 2020).

Pokretačka sila ovakvih onlajn zajednica je formiranje kolektivnog identiteta i traganje za zajedničkim ciljem, što za neke žene može biti ograničavajuće (Korolczuk, 2014). Drugim rečima, cilj oko kojeg se žene inicijalno okupljaju je zajednički, međutim, kako vreme odmiče, nema dovoljno prostora da u zajednici svoje ciljeve menjaju i javno ih komuniciraju. Insistiranje na istrajnosti, stalna očekivanja da će lečenje uspeti i implicitna (a nekada i eksplicitna) invalidacija iskustava onih koji od lečenja planiraju da odustanu, postaju karakteristični za ovakve onlajn zajednice (Korolczuk, 2014; Lee, 2017). Iako komentari i podrška ne moraju da budu osuđujući, odustajanje se često vidi kao privremena pauza i instrument za postizanje veće istrajnosti u budućnosti (Lee, 2017). Ovo su situacije u kojima na specifičnu potrebu žene, zajednica ne može da odgovori sa intenzitetom sa kojim odgovara na savete i potrebe u kontekstu vantelesne oplodnje. Međutim, onlajn zajednice imaju potencijal za formiranje podgrupa te žene mogu formirati nezavisne zajednice posvećene baš njihovom identitetu i cilju – životu bez dece, nakon neuspehli pokušaja vantelesne oplodnje (Korolczuk, 2014). Iako manje, ove zajednice su i dalje relativno dostupne i odgovaraju na potrebe žena koje odstupaju od dominantnog diskursa o neupitnoj istrajnosti (Lee, 2017).

Poslednji primer naveden u paragrafu iznad je važan, budući da u našem okruženju takođe postoje zajednice, društvene mreže, resursi i forumi bazirani na kolektivnom identitetu neplodnosti ali istrajavanja u lečenju. Najprominentniji primer je udruženje „Šansa za roditeljstvo“ čije je slogan „da svaki par dobije mogućnost da se ostvari u ulozi roditelja“ i kao svoju misiju identifikuju „odgovorno ponašanje svih, za boljitak parova i pojedinaca koji žele potomstvo“. Misija udruženja i opseg delatnosti se sa promenama u dostupnosti vantelesne oplodnje menjao. Dok je ranije osnovna misija bila povećanje opsega finansiranja, sada u većoj meri uključuju i teme usvajanja. U našem okruženju aktivan je forum Kutak koji se bavi temom neplodnosti ali i drugim temama u vezi sa roditeljstvom i trudnoćom. U 2017. godini forum je izdao knjigu od 43 priče žena koje su prolazile kroz vantelesnu oplodnju (Forum Kutak, 2017). U pričama se često pominje značaj informisanja i podrške koju su one dobijale kroz aktivnost i razmenu na forumu. Podnaslov knjige je: *Priče o borbi, istrajnosti i pobedi* i 36 priča je o zdravom rođenju deteta, što govori o dominantnom diskursu. Alternativni ishodi su prisutni u značajno manjoj meri, uključujući usvojenje i (ne) prihvatanje života bez dece.

Onlajn zajednice uspevaju da nadomeste neke nedostatke drugih zajednica – one okupljaju žene u sličnim fazama iskustva, sa sličnim problemima, sličnim ciljevima i sličnim pitanjima. Dokle god se specifične potrebe žena uklapaju u dominantni narativ o neplodnosti kao prepreci koja se može i mora prevazići, predstavljaju vredan izvor informacija i podrške. Međutim, njihov domet je ograničen jer je baziran na ciljevima koji se kod pojedinačnih žena mogu menjati iz faze u fazu, ili iz jedne vantelesne u drugu. Uzimajući u obzir složenost i raznolikost potreba žena koje ulaze u postupke vantelesne oplodnje, ali i manjkavosti medicinskog konteksta i potencijalne izazove u partnerskom odnosu, važno je razmotriti i prilike i domete stručne psihološke podrške o čemu će biti reči u narednom odeljku.

Psihološka podrška osobama na lečenju neplodnosti

Žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju susreću se sa više medicinskih stručnjaka koji imaju priliku da usmere, umire i savetuju pacijentkinje. Međutim potrebe ovih žena složenije su od toga – sama kompleksnost iskustva neplodnosti i njenog lečenja je dovoljan povod za traganjem i pružanjem stručne psihološke podrške ali znajući da ova iskustva dovode i do ozbiljnih psiholoških disfunkcionalnosti, anksioznih i depresivnih simptoma, mnogi autori i autorke su usmerili svoju pažnju na osmišljavanje adekvatne psihološke pomoći.

Pri analizi potrebe za psihološkom podrškom, uočeno je da socijalno okruženje za neke osobe ne vrši svoju funkciju „branika“ kada je reč o stresu. U tom smislu, psihološko savetovanje treba da prevaziđe probleme koji postoje u socijalnoj i psihološkoj podršci koju pružaju porodica i prijatelji (Peterson et al., 2007). Pored očiglednog – izgradnje sigurnog prostora za prepoznavanje i izražavanje emocija, važno je i skrenuti pažnju na kompleksnost iskustva, a ne na individualne karakteristike koje otežavaju navigiranje kroz iskustvo. Drugim rečima, prioritet je legitimizovati teškoće u nošenju sa iskustvom koje svojim objektivnim karakteristikama stvara pritisak na svakodnevnicu žena. Na kraju, potrebno je raditi na osmišljavanju i implementiranju efektivnih strategija za prevazilaženje stresa u vezi sa neplodnošću (Peterson et al., 2007). Prepoznata je potreba za obučavanjem osoba suočenih sa neplodnošću u pogledu tehnika opuštanja i umirivanja, kao i obezbeđivanja stalno dostupnog eksperta za mentalno zdravlje na klinikama za neplodnost (Seibel, 1997). Treba primetiti da je tekst koji ističe značaj dostupne podrške iz devedesetih godina prošlog veka a da naše državne klinike i dalje, gotovo tri decenije kasnije, nemaju psihološku podršku za žene u vantelesnoj oplodnji. Potrebe za psihološkom podrškom su očigledne a njihovo odsustvo u našem okruženju je još očiglednije. Način na koji je organizovano pružanje medicinske nege nekada je u direktnoj suprotnosti sa psihološkim potrebama pacijentkinja. Sistem kroz koji se prolazi brzo sa ciljem veće efikasnosti eliminiše prostor za izražavanje brige i pružanje umirenja.

Pružanje blagovremenih i detaljnih informacija, kao i otvaranje prostora za pitanja i diskusiju takođe nema zanemarljiv značaj (Seibel, 1997). Imajući ove potrebe u vidu, stručna psihološka podrška za žene (ali i njihove partnere) u postupku vantelesne oplodnje uzima različite forme, na ovom mestu biće iznete tri forme pružanja podrške koje su zastupljene u literaturi.

Prvi način omogućavanja psihološke podrške osobama na lečenju neplodnosti je prosto prisustvo i dostupnost savetnika, odnosno stručnjaka za mentalno zdravlje, bilo u medicinskom kontekstu, bilo na zahtev na drugom mestu (Covington, 2006a). Kada je reč o psihoterapiji, modaliteti koji se koriste i za „opštu populaciju“ mogu se primenjivati i na osobama suočenim sa neplodnošću, kao što je kognitivno-bihejvioralna terapija (Applegarth, 2006). Međutim, čak i ovom slučaju se problemi i disfunkcionalnosti tumače isključivo u kontekstu neplodnosti i retko se omogućava stabilna i dugotrajna podrška usmerena menjanje aspekata funkcionisanja koji nisu u (očiglednoj) vezi sa neplodnošću (Applegarth, 2006).

Druga strategija pružanja psihološke podrške je uključivanje stručnjaka za mentalno zdravlje u medicinski tim, čime se na samom početku objašnjavaju uloge ovakvog stručnjaka koje se tiču pružanja podrške, facilitiranja donošenja odluka i komunikacije sa porodicom (Covington, 2006a). Ovaj pristup se razlikuje od prethodnog jer se briga o mentalnom zdravlju, očuvanju aspekata identiteta koji nisu vezani za neplodnost i informisano donošenje odluka o narednim koracima uz podršku savetnika podrazumevaju – nisu omogućeni na zahtev ili po potrebi. Drugim rečima, samim tim što žena ulazi u lečenje neplodnosti prepoznata je potreba za psihološkom potrebom, nije potrebno da je žena sama prepozna i izrazi.

Bez obzira na način na koji se savetnik uključuje, za pružanje adekvatne podrške važno je razumevanje različitih aspekata iskustva neplodnosti (npr. ulazak u vantelesnu oplodnju, prekid lečenja, trudnoće i pobačaji) budući da tokom svih ovih iskustava osobe imaju različite potrebe koje

zahtevaju specifičan odgovor. Na primer, pri ulasku u novi postupak vantelesne oplodnje, važno je raditi na kreiranju realističnih očekivanja u pogledu trajanja tugovanja za ranijim gubicima i osećaju spremnosti za nov postupak (Brier, 2008). U trudnoći nakon lečenja neplodnosti važno je facilitirati tranziciju iz identiteta koje nosi neplodnost u roditeljski identitet, normalizovati specifičnosti koje trudnoća nakon neplodnosti nosi sa sobom, jačanje strategija za prevladavanje stresa (Covington & Burns, 2006). Tokom iskustva pobačaja važno je omogućiti artikulaciju osećanja i izneverenih očekivanja budući da je ovo, zbog već pomenutih zaveta ćutanja i tabuiziranja tema pobačaja, većini žena nedostupno (Brier, 2008). Dalje, razumevanje učestalosti pobačaja i karakteristika tugovanja nakon pobačaja, pomoglo bi praktičarima na klinikama da prepoznaju reakcije koje su tipične i adaptivne i obrate pažnju na one koje to nisu (Brier, 2008). Drugim rečima, savetnik ili terapeut mora dobro razumeti specifičan kontekst lečenja neplodnosti i potrebe koje iz njega proizilaze, dok u isto vreme uvažava celokupnu životnu fazu i potrebe žena mimo lečenja neplodnosti.

Na kraju, treći oblik pružanja podrške je kreiranje specifičnih intervencija usmerenih na potrebe osoba na lečenju neplodnosti. Ovde se radi o planiranju obuhvatnih intervencija za osobe koje prolaze kroz specifično iskustvo (u ovom slučaju, vantelesne oplodnje), odnosno razvoju podrške u vezi sa iskustvom, nasuprot pružanju individualne i sporadične podrške ili savetovanja (Covington, 2006a).

Razvoj i evaluacija ovakvih intervencija česta su tema istraživačkih radova i one na prvi pogled donose pozitivne efekte za parove ili za žene na lečenju neplodnosti. Učešće u ovakvim kratkotrajnim intervencijama doprinosi razumevanju sopstvenih emocija i kvalitetu komunikacije između partnera, koja se već pokazala kao značajna za umanjenje stresa (Lemmens et al., 2004). Jedna od tehnika koja je našla svoju primenu u poboljšanju mentalnog zdravlja osoba koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju je razvoj „pune svesnosti“ (eng. „mindfulness“). Žene koje vežbaju osvešćivanje stanja svog tela, svojih emocija i razmišljanja, tokom svoje prve vantelesne oplodnje, pokazuju napretke u korišćenju efektivnijih strategija prevladavanja stresa (zamenjuju pasivne onim baziranim na značenju), napretke u partnerskoj funkcionalnosti i pokazuju manje problema u regulaciji svojih emocija (Li et al., 2016). Ono što uče tokom ovih provežbavanja je da prihvataju (npr. svoje stanje ili vesti koje dobiju od lekara), prepoznaju i „puste“ svoje emocije „da prođu“. Učenje o osnovnim konceptima stresa, anksioznosti i prevladavanja, uz usvajanje svakodnevnih tehnika za „umirivanje“, kao što su tehnike disanja i opuštanja takođe doprinosi boljem kvalitetu života i snižava anksioznost za žene na vantelesnoj oplodnji (Heredia et al., 2019).

Kao što je već pomenuto, kada je reč o pružanju podrške u ovom kontekstu treba uzeti u obzir ranija iskustva parova, potencijalne gubitke, fazu lečenja u kojoj se nalaze (nadolazeće stresore kao što su aspiracija, embriotransfer, rezultat Beta HCG testa), dužinu lečenja, strategije prevladavanja stresa, socijalnu poziciju para na savetovanju i mnogo drugih aspekata kompleksnog iskustva neplodnosti. Iako pojedinačne studije psiholoških intervencija nude optimistične nalaze, meta studije skreću pažnju na veliku inkonzistentnost i sporadične rezultate ovakvih intervencija kod osoba suočenih sa neplodnošću. Imajući u vidu sve navedeno, ne iznenađuju nekonzistentni nalazi studija – koliko su iskustva različita, toliko su i potrebe za psihološkom podrškom.

Jedna meta studija sprovedena na kontrolisanim randomizovanim studijama koje su merile efektivnost terapija gotovo da nije pronašla aspekt funkcionisanja u kojem psihološke intervencije mogu biti efektivne, osim da žene mogu na njih biti nešto responzivnije od njihovih partnera (Hämmerli et al., 2009). Ipak treba istaći da je ova meta studija uključila studije koje su među intervencijama imale kognitivno-bihevioralnu terapiju, telesnu, čak i psihodinamsku terapiju, te da su učesnici nekada prolazili kroz vantelesnu oplodnju a nekad se „samo“ suočavali sa neplodnošću. Sa druge strane, obuhvatnija meta studija pronalazi da su intervencije usmerene na telo i veštine regulacije uspešnije od intervencija usmerenih na diskutovanje emocionalnih stanja. U oko 60% analiziranih studija uočena su poboljšanja na merama anksioznosti i blizu u 40% poboljšanja na

merama depresije (Boivin, 2003). Mali broj intervencija doprineo je poboljšanju u međuličnim odnosima (između 22% i 27% ukupno sprovedenih intervencija). Uz ovo, potrebno je razmišljati o obuhvatnosti i trajanju ovih intervencija – znajući da identitetski izazovi i strahovi koje nosi neplodnosti ne nestaju čak ni tokom trudnoće, upitna je korist koju parovi (ili samo žene) imaju od obuke ili podrške koje traje tek nekoliko nedelja (Seibel, 1997).

Na osnovu prethodne analize može se zaključiti da su neplodnost i vantelesna oplodnja vrlo raznovrsna iskustva, te da ni u okviru profesionalne psihološke podrške ne postoji jedno rešenje koje odgovara svima. Znajući da se žene razlikuju po godinama, prethodnim iskustvima gubitka, socioekonomskom statusu, mehanizmima prevladavanja koje koriste, ne čude podaci koji dovode u pitanje efektivnost kratkotrajnih intervencija.

Razmatranje društvenog okruženja i izvora podrške za žene koje prolaze kroz neplodnost i vantelesnu oplodnju je vrlo značajna. Neposredno društveno okruženje štaviše može delovati i neosetljivo ili intruzivno, a komentari i saveti nedobrodošli i banalizujući. Drugim rečima, nisu svi članovi okruženja podjednako značajni i nije svaka zajednica podjednako korisna. Žene se, najpre, velikoj meri oslanjaju na svoje partnere i kvalitet tog odnosa može doprineti razvoju efikasnijih strategija prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću i vantelesnom oplodnjom. U ovom odnosu može doći i do diskrepance između očekivanja dva partnera i stres izazvan vantelesnom oplodnjom može izvršiti pritisak na odnos. Dalje, u traganju za informacijama i pokušaju da umanje nedostatke podrške iz medicinskog konteksta, žene se uključuju u (onlajn) zajednice žena koje se suočavaju sa istim problemima. Mana ovih zajednica je insistiranje na ciljevima (začetak trudnoće i rođenje deteta) koji nisu podjednako relevantni za sve žene u svim fazama. Na kraju, postoje pokušaji da se osmisle modaliteti pružanja profesionalne psihološke podrške ali su podaci o njihovoj efektivnosti nekonzistentni. Mane ovih intervencija su njihovo kratko trajanje i neprepoznavanje specifičnih izazova u različitim fazama suočavanja sa neplodnošću i vantelesnom oplodnjom.

Pregledom karakteristika društvenog i medicinskog konteksta, kao i razmatranjem ličnih iskustava, potencijalnih ishoda vantelesne oplodnje i karakteristika društvenog okruženja žena zaokružuje se prikaz dosadašnjih istraživanja koja su otvorila prostor za ispitivanje iskustva vantelesne oplodnje kod žena u našoj zemlji, na način koji će detaljnije biti opisan u nastavku. Sledeći odeljak posvećen je teorijskom pozicioniranju, odnosno analizi teorijskih postavki na kojima ova studija počiva.

Teorijsko pozicioniranje

Ova studija se bavi iskustvom vantelesnom oplodnje iz perspektive žena – uzima u obzir specifičnu perspektivu žena koje otelovljuju ovo iskustvo i daje glas artikulisanju njihovih doživljaja u sred spleta socijalnih okolnosti. Vantelesna oplodnja je po definiciji postupak lečenja neplodnosti i podrazumeva praćenje fizioloških i reproduktivnih procesa, a velikim delom se odvija upravo unutar kliničkog konteksta te je njen tok određen preporukama medicinske struke. U skladu sa ovim, ova studija se oslanja na zdravstveno-psihološka istraživanja koja posvećuju pažnju doživljavanju medicinskih stanja iz psihološke perspektive. Dalje, budući da je fokus ove studije življeno iskustvo žena, osloniće se na istraživanja iskustava, u okviru kvalitativnih psiholoških istraživanja. Na kraju, u skladu sa istraživanjem perspektiva žena kada je reč o procesima reprodukcije, značajan teorijski kontekst čine psihološke i antropološke studije o ovom ili drugim reproduktivnim iskustvima (na primer trudnoćom, porođajem). Međutim, značajan deo teorijske pozicije ove studije čini i kritičko razumevanje društvenog konteksta u kojem se vantelesna oplodnja odvija, što uključuje i biomedicinske tehnologije, zbog čega će i ovome biti posvećena posebna pažnja.

Istraživanja ženskih iskustava

Psihologija je svoje empirijske početke (uglavnom eksperimentalne, o čemu će više biti reč u metodološkom pozicioniranju) imala uglavnom na univerzitetima u zapadnoj Evropi i severnoj Americi, koristeći (uglavnom muške) studente psihologije kao subjekte u istraživanjima. Tako, bez pretendovanja da joj subjekti budu samo muškarci, psihološki nalazi su tokom velikog dela dvadesetog veka bili zasnovani na učesnicima istraživanja koji su predstavljali veoma ograničenu populaciju – bele, obrazovane muškarce iz zapadnih, industrijskih zemalja (WIERD akronim stoji za eng. „west, industrial, educated, rich, democratic“). Ženske pozicije i iskustva analizirani sporadično, a uglavnom u okviru drugih disciplina, zahvaljujući nekolicini autorki¹³. Takva slika psihologije kao eksperimentalne nauke koja ne poklanja posebnu pažnju ženskoj perspektivi traje sve do sedamdesetih godina prošlog veka, kada je ustanovljen odsek za psihologiju žena Američke psihološke asocijacije a takođe počelo je i uspostavljanje programa za rodne studije na više univerziteta (American Psychological Association, Division 35, 2011). Danas, osim što su žene često subjekti u istraživanjima uz muškarce, baš one i njihova jedinstvena iskustva mogu biti čak i u fokusu istraživanja raznih disciplina, uključujući i psihologiju. Za ovu studiju važno je istaći rad autorki koje su ukazivale na aspekte ženskih pozicija i iskustva značajna za razumevanje procesa reprodukcije, uključujući i vantelesnu oplodnju. Među njima nalaze se one koje su analizirale specifičnost pozicije žena, njihovog razvoja, društvenog statusa materinstva, ali i one koje su utrle put sve većem uključivanju žena u psihološka istraživanja. Ipak, istorija ispitivanja ženskog iskustva nije vezana samo za autorke u oblasti psihologije tako da i analize u domenu antropologije i sociologije zauzimaju važno mesto u teorijskom pozicioniranju ove studije.

Kada je reč o mandatu materinstva, još je Leta Holingvort (1916) analizirala materinstvo kao marker normalnosti za žene, čime su se žene koje ne žele (iz ove perspektive možemo pretpostaviti i žene koje ne mogu) da rađaju i odgajaju decu, patologizovale, obeležavale nepodobnim ili nefemininim. Holingvort analizira razne društvene sfere u okviru kojih se ovakva uverenja mogu izgraditi. Iako pisano pre više od jednog veka, mnogi elementi ovog teksta mogu se razumeti i u

¹³ Interesantno je da je Beti Fridan, autorka jednog od istorijski najprepoznatljivijih feminističkih dela – *Mistika ženstvenosti* (2001; eng. „*Feminine Mystique*“) zapravo psihološkinja, međutim ta knjiga nema status psihološke literature iako se bavi iskustvima žena.

sadašnjem kontekstu. Holingvort navodi da se žene osećaju podobno i da ih okruženje vidi kao normalne i feminine samo ukoliko rađaju i odgajaju decu zahvaljujući religioznim verovanjima koja ženu opisuju i smeštaju u privatnu sferu kao negovateljicu, zakonima koji ograničavaju reproduktivne slobode žena, umetnosti u kojoj je žena često predstavljena kao majka, boginja plodnosti i slično (Hollingworth, 1916). Treba podsetiti da je u odeljku *Politike reprodukcije* bilo reći baš ovim društvenim strukturama, dominantnim u definisanju statusa neplodnosti i vantelesne oplodnje u našem društvu. Jedan od razloga zašto su vantelesna oplodnja i iskustvo prolaska kroz nju toliko psihološki zanimljivi upravo je splet okolnosti koji okružuje shvatanje žene, njene plodnosti i budućnosti bez dece, a i kakva je dostupnost i reprezentacija vantelesne oplodnje.

Simon de Bovoar jedna je od najproduktivnijih autorki (i u javnosti najprepoznatljivijih) u ovom polju, sa više stotina stranica ispisanih o razvoju i odgoju devojčica i žena, specifičnom za zapadno društvo. Bovoar je pisala o odrastanju (Beauvoir, 1968), specifičnije o odgoju devojčica, usmerenog na razvoj, jačanje i podsticanje, veština brige o drugima, naročito deci. Veliki deo ovog odgoja čini učenje i provežbavanje majčinstva – uz igračke i lutke, preko odgovornosti za mlađu braću i sestre do brige o kućnim poslovima (za domaćinstvo). Ovim analizama Bovoar dolazi do zaključka o društvenoj konstrukciji uloge žena u društvu – uključujući i majčinstvo. Time Bovoar isključuje mogućnost prirodnog majčinskog instinkta i želje za majčinstvom. Iako se ova studija ne bavi ni odrastanjem ni rodnim ulogama samim po sebi, važno je imati u vidu zaključak Simon de Bovoar da je zavisnost i ograničenost od biologije značajno upadljivija kod žena nego kod muškaraca – osim u kontekstu trudnoće, ovo je naročito upadljivo i zanimljivo za razmatranja neplodnosti i vantelesne oplodnje u ovom radu.

Ideje o mandatu materinstva razmatrale su se dugo nakon ovih autorki, kroz lična iskustva ili empirijska istraživanja. Na primer, Jang, komentarišući želje za majčinstvom, kaže da je ostvarenje majčinstva kao zahtev postavljen pred žene veoma strogo, pa čak i kada je želja za majčinstvom autentična, ima malo prostora za analizu autentičnog doživljaja tog iskustva, zbog sveprisutnih društvenih narativa o njemu (Young, 2005). Edrijen Rič, koja se kroz adolescentske godine borila sa rodnim ulogama i društvenim očekivanjima, u trudnoći je doživljavala sebe i svoje telo kao „pravo žensko“ (i njeno okruženje ga je takođe takvim smatralo) (Rich, 1976). Ovo potvrđuje i Jangova – na žensko telo se u trudnoći, što nije slučaj sa drugim stanjima i životnim fazama, načelno gleda sa odobravanjem (Young, 2005). Pomenuta teorijska razmatranja sasvim potvrđuju identitetske izazove sa kojima se suočavaju žene koje dobiju dijagnozu neplodnosti – izostaje potvrda femininosti i iz okruženja, ali i lična.

Međutim, iako su se ova pitanja razmatrala u drugim disciplinama, u psihologiji su dugo bila marginalizovana, čime su i neka psihološka pitanja ostala neodgovorena. Naomi Vajnstajn krajem šezdesetih godina prošlog veka iznosi tvrdnju da psihologija ne može mnogo toga reći o ženama jer ni ne zna ništa o njima (Weisstein, 1993). Psihologija je prošla kroz dugačak put postavljanja žena u centar istraživanja, što je poprimalo različite oblike. Inicijalni pokušaji podsticanja veće diskusije o ženama bili su usmereni na upoznavanje sa ženama koje su doprinele razvoju psihološkog znanja. Kada je reč o ženama kao subjektima istraživanja, u različitim merama su se njihove potrebe stavljale u fokus. Stavljanje žena u centar istraživanja zapravo je isticalo poteškoće sa kojima se žene suočavaju bez razumevanja složenog društvenog konteksta u okviru kojih te teškoće nastaju (eng. „Woman as problem“: npr žene kao pasivne, sa sindromom uljeza, bez sposobnosti za vođenje...) (Rutherford et al, 2012). Takođe, žensko iskustvo dugo je analizirano samo u kontekstu tradicionalnih rodnih pozicija – fokus istraživanja ženskog razvoja i blagostanja partnerstva, porodice, odgoja dece (Weisstein, 1993). Druga autorka ovakav pristup slobodno zove „seksističkim“ na štetu žena (Ubger, 2001). Drugačiji pokušaji da se žensko iskustvo uzme u obzir, rezultovali su poređenjima između muškaraca i žena – šta je drugačije ili isto u odnosu na ono što se do tada već znalo (Belenky, et al, 1997). Istraživanja koja porede muškarce i žene često tumače njihove karakteristike esencijalistički, kroz biološke, urođene razlike a primećuje se da u ovakvim istraživanjima postoji jasna

tendencija da se za takvim razlikama traga i da se one naglašavaju (Unger, 2001). Kao otpor tome, neke od prvih autorki u okviru psihologije žena svojim istraživanjima pokazivale su da ima više sličnosti nego razlika između muškaraca i žena – naročito između dečaka i devojčica (Unger, 2001). Na ovaj način se mogu dovesti u pitanje stereotipi, odnosno može se istaći da psihološke razlike, ukoliko postoje, nastaju odrastanjem i u kulturi, i nisu biološki predodređene. Ipak, pozitivistički pristup je bio dominantan u psihološkim istraživanjima, naglašavajući individualne razlike i crte ličnosti, nasuprot razumevanja kompleksnih socijalnih okolnosti u kojima muškarci i žene žive (Unger, 2001).

Na kraju, neki pokušaji bili su usmereni na „oživljavanje femininog“ odnosno na istraživanje jedinstvenih perspektiva i potreba žena u različitim životnim fazama (Rutherford et al, 2012). Ovakav pristup ne poriče da rodne uloge postoje i da su podržane najrazličitijim mehanizmima. Štaviše, uzevši to u obzir, lična osećanja, mišljenja i prakse žena postaju vredne izučavanja, kao i načini na koje ovi društveni mehanizmi interaguju sa njihovim životima (Thompson, 2002). Zbog toga su neke autorke počele da postavljaju pitanja, već dugo postavljana u „opštoj populaciji“, specifično za žene i postavljala ih ženama kao subjektima istraživanja. Na primer, Belenky i koautorke (Belenky, et al, 1997) su istraživale odnos odraslih žena prema saznanju, svojoj ulozi u procesu saznavanja i prema autoritetu. One tvrde kako je razumevanje ljudskog razvoja (budući da su pisale sa fokusom na kognitivni razvoj) nemoguće bez punog razumevanja i raznolikih ženskih pozicija koje se od muških razlikuju, ne samo kvantitativno (čega ima više ili manje) već i po kvalitetu. Slično tome, Kerol Giligan je svojim ispitivanjem moralnog razvoja devojčica i mladih devojka ukazala na specifičnosti njihovog razvoja koje je interpretirala kao podjednako vredne istraživanja kao i specifičnosti dečaka koje su se do tada smatrale normom (Rutherford et al., 2012). One skreću pažnju na važnost ispitivanja i analiziranja žena u kompleksnim sociokulturnim kontekstima umesto ispitivanja njihovih „nedostataka“ u odnosu na muške vršnjake (Rutherford et al., 2012). Usmeravanjem pažnje na žene, osim na pružanje odgovora koji su u slučaju dečaka ili muškaraca već bili poznati (na primer o kognitivnom ili emocionalnom razvoju ili sposobnostima), neke autorke su se upustile u razumevanje iskustava koja su dugo bila ignorisana za istraživanje u društvenim disciplinama – reproduktivnih iskustava. Iako o njima postoje ustanovljeni medicinski i kulturološki narativi, neke autorke idu korak dalje, kao Jangova (Young, 2005) i Martinova (Martin, 2001), te analiziraju otežavana iskustva žena – kako žene govore o svom telu i kako ga doživljavaju, naročito tokom menstruacije, dojenja, porođaja, menopauze. One komentarišu subjektivne doživljaje ovih fenomena u sred već postojećih narativa i daju glas ženama, umesto medicinskim autoritetima, da o njima govore. Na primer, kada govore o menstruaciji, žene ne govore o hormonima ili fiziološkim promenama već o subjektivnom doživljaju bola ili praktičnim izazovima sa kojima se suočavaju. Davanje glasa ženama da govore o svojim reproduktivnim iskustvima prisutna je i kod nas i ovo istraživanje se čvrsto oslanja na tu, do sada već uspostavljenu tradiciju. Na primer, Stankovićeva (2024) pruža detaljnu analizu iskustva trudnoće i porođaja dok Sekulićeva (2016) intervjuiše žene o seksualnosti, reproduktivnom ponašanju i majčinstvu. Mnoge od ovih autorki ispituju i interakciju doživljaja ovih žena sa tehnologijom kao posrednikom u ovim iskustvima, kao i sa dominantnim društvenim narativima. Neke od njih uzimaju u obzir i medicinsko okruženje i „medicinsku kulturu“ odnosno načine na koje se tretiraju ovi reproduktivni procesi u medicini. U svakom slučaju ispituju da li i kako žene reprodukuju dominantne društvene narative i da li i na koje načine pružaju otpor narativima, ali i praksama kojima su podvrgnute. U tom smislu, fokus ovih radova pomera se na razumevanje iskustva u društvenom kontekstu koji sa sobom nužno nosi i pozicije moći (Weisstein, 1993).

Sa razvojem reproduktivnih tehnologija, novo reproduktivno iskustvo sa potencijalom za istraživanje i vantelesna oplodnja. Neplodnost i vantelesna oplodnja se kod nas do sada nisu izučavale na ovaj način, stoga se za razumevanje jedinstvene pozicije žena ova studija oslanja na radove stranih autorki kao što su Frenklinova (Franklin, 2002), Tompsonova (Tompson, 2005) i Trozbije-

va (Throsby, 2004) čije analize ženskih iskustava neplodnosti i vantelesne oplodnje su već mnogo puta pomenute u ovom tekstu.

Istraživanja koja stavljaju žene i njihovo iskustvo u centar svoje analize nemaju dugu tradiciju, naročito u psihološkoj nauci. Međutim, čak i u našem okruženju poslednjih decenija otvorio se put ispitivanju ženske perspektive i razumevanju iskustava koja one dele. Ova studija nastavlja taj put, ispitujući relativno neistraženo iskustvo neplodnosti i vantelesne oplodnje, naročito na kvalitativan način, o čemu će biti više reči u okviru metodološkog pozicioniranja.

Ovo ne znači da su neplodnost i vantelesna oplodnja sasvim neprepoznate u okviru psihologije. Štaviše, postoji mnoštvo radova, nekih od njih sprovedenih i u našoj zemlji, koji uvažavaju značaj ove teme i ispituju razne aspekte ovog iskustva, samo na nešto drugačiji način, predstavljen u nastavku.

Psihološki procesi u medicinskom kontekstu – zdravstvena psihologija

Neplodnost se prepoznaje kao medicinsko stanje i leči se biomedicinskim tehnologijama zbog čega je značajno razumeti kako se istražuje, tretira i doživljava u ovom kontekstu. U psihologiji se spregom zdravlja i bolesti, te medicinskim kontekstom i odnosom pacijenata sa medicinskim osobljem bavi zdravstvena psihologija. Nastala je sedamdesetih godina prošlog veka preokretom u perspektivi gledanja na nastanak i tok bolesti, odnosno uvođenjem biopsihosocijalnog modela u medicinu i psihologiju (Engel, 1977). Biopsihosocijalni model razumevanja zdravlja i bolesti ističe značaj razumevanja, ne samo anatomskih, fizioloških (bioloških) promena u slučaju bolesti, već i psihogenih uzroka, psiholoških reakcija i socijalnih okolnosti u okviru kojih bolest nastaje ili se razvija. Uvođenje psihološkog i socijalnog konteksta u tumačenje uzroka, te razumevanje toka i ishoda bolesti promenilo je način na koji se gleda na bolest u medicini ali i u psihologiji. Nasuprot do tada aktuelnom biomedicinskom modelu, nova perspektiva naglašavala je značaj humanijeg tretmana pacijenata, kvalitetnog odnosa sa medicinskim osobljem, perspektive pacijenata i njihovog ponašanja pri suočavanju sa bolešću (Engel, 1977). Ovim fenomenima se zdravstvena psihologija bavi i danas, uzimajući u obzir psihološke aspekte lečenja kao što su zdravstvena uverenja, ponašanja usmerena na očuvanje zdravlja, iskustva bolesti i nošenje sa njenim posledicama (Ogden, 2004). U pokušaju da se objasne ovi fenomeni, pribegava se različitim psihološkim teorijama, na primer sociokognitivnim teorijama kada je reč o ponašanju čuvanja zdravlja ili teoriji atribucije kada je reč o uverenjima o nastanku bolesti (Ogden, 2004). Iako se neplodnost smatra medicinskim stanjem i retko se na nju referira kao na bolest, budući da suočavanje sa neplodnošću počinje u medicinskom kontekstu (dijagnostikovanjem u skladu s medicinskom definicijom), da njeno lečenje ima medicinski preporučen tok i trajanje, da može imati posledice po živote osoba koje se sa njom suočavaju, valja konsultovati zdravstvenopsihološku literaturu zarad boljeg razumevanja ovog iskustva. U tom kontekstu korisno je ispitati teorije i modele koji se bave suočavanjem sa medicinskim stanjima i nošenjem sa medicinskim dijagnozama, postupcima i posledicama lečenja.

Za početak, važno je razumeti šta za osobe suočene sa medicinskom dijagnozom ovo znači, odnosno kakve vrste uverenja su karakteristične za ovo iskustvo. Pitanje dijagnoze vrlo je značajno za osobe suočene sa neplodnošću naročito jer ona u mnogim slučajevima potpuno izostane. Levental i saradnici su predložili nekoliko dimenzija koje opisuju kognitivnu komponentu bolesti (prema: Ogden, 2004). Osobe suočene sa medicinskom dijagnozom se u početku identifikuju sa dijagnozom grupišući simptome ili tako što je zvanično dobiju u medicinskom kontekstu. Ovaj korak je u neplodnosti dugačak i nejasnih granica, budući da se nekada mogu uočiti organski razlozi zašto ne dolazi do trudnoće (na primer, zapušeni jajovodi, slaba pokretnost spermatozoida), nekada su ti razlozi tek hipoteze (na primer, trombofilija, insulinska rezistencija), a nekada ih nema uopšte

(medicinski je sve u redu ali do trudnoće ne dolazi). Svakako, neplodnost je odsustvo trudnoće i ne čini je skup pozitivnih simptoma. Nakon toga pacijenti formiraju uverenja o poreklu problema, na primer, da li je ono fizičko ili psihogeno, odnosno tragaju za uzrocima kako bi sa njima mogli da se suoče. Na kraju formiraju uverenja o toku lečenja, njegovim posledicama i najvažnije – koliko i da li je situacija kontrolabilna odnosno, da li će lečenje uspeti (Ogden, 2004). Ovakve vrste uverenja mogu se pretpostaviti i u kontekstu neplodnosti a o nekima od njih je već bilo reči – na primer kome se neplodnost atribuirala i koliko se kontrolabilnim vidi lečenje. Međutim, kognitivni kontekst nije dovoljan za razumevanje čitavog iskustva. Tokom suočavanja sa medicinskom dijagnozom dolazi i do emocionalnih reakcija pa i doživljaja psihološke krize, kao i primene strategija prevladavanja stresa. Ukratko, u zdravstvenoj psihologiji se neplodnost i njeno lečenje u medicinskom kontekstu mogu razumeti kroz koncepte korisne za razumevanje drugih stresora i psiholoških kriza (v. Wischmann & Kentenich, 2017).

Treba ponoviti da se strategije prevladavanja mogu grupisati u one usmerene na rešavanje problema, regulaciju emocija i usmerene na tumačenje situacije i reinterpretacije (Ogden, 2004). Ove strategije i njihova efikasnost već su detaljno razmatrani u kontekstu neplodnosti i njenog lečenja. Dalje, treba naglasiti koji aspekti medicinskog stanja, kakvo je neplodnost, ga uopšte mogu činiti psihološkom krizom. Mos i Šejfer analiziraju više aspekata krize koji su veoma značajni i za neplodnost (prema: Ogden, 2004). Na primer, psihološka kriza nastaje kod životnih događaja koji imaju posledice po identitet osoba, o čemu je bilo reči na samom početku ove disertacije (*Roditeljstvo i neplodnost: značaj za identitet i partnerske odnose*). Putovanje zbog lečenja ili čak hospitalizacija, pasivno prepuštanje postupcima lečenja, promene u strukturi socijalne podrške i najvažnije – neizvesna budućnost i ostvarenje životnih planova ključne su karakteristike psihološke krize (Ogden, 2004) a sve su bile analizirane kao aspekti iskustva neplodnosti i njenog lečenja (*Život na čekanju*). Uz to, nepredvidivo javljanje dijagnoze i nepredvidiv tok lečenja, kontradiktorne informacije i ambivalentna osećanja te pritisci da se mnoštvo odluka o daljim koracima donosi brzo, doprinosi osećaju psihološke krize.

Budući da se zdravstvena psihologija bavi medicinskim kontekstom, važno je ponoviti da je formiranje kvalitetnog odnosa sa medicinskim osobljem značajan aspekt iskustva neplodnosti, koji dobija na medicinskom i istraživačkom značaju tek nakon formulisanja biopsihosocijalnog modela. Nakon njega, kvalitetne i blagovremene informacije te individualizovan pristup pacijentima dobili su na značaju i to sve radi postizanja saradnje između pacijenata i njihovih lekara. Drugim rečima, zadovoljni i informisani pacijenti nisu samo u interesu samih pacijenata, već se time postiže i njihova saradljivost, odnosno „povinoвање“ (eng. „compliance“) tretmanu i preporukama lekara (Ogden, 2004). Drugim rečima, dobri lekari koji obraćaju pažnju na psihološke potrebe svojih pacijenata imaju dobre pacijente koji obraćaju pažnju na savete i instrukcije svojih lekara.

Kada je reč o ulasku biopsihosocijalnog modela u medicinske ustanove – ne samo radi boljeg psihološkog razumevanja bolesti već i radi pružanja boljeg tretmana, na polju neplodnosti a naročito u kontekstu vantelesne oplodnje, ovo je značilo uključivanje stručnjaka za mentalno zdravlje u timove koji se bave ovim postupkom, ali i stalnu saradnju sa porodicom pacijentkinja (Covington, 2006a). Modeli lečenja i pružanja podrške koji su iz ovoga proizašli naglašavaju pristup „korak po korak“ koji omogućava edukaciju, vreme za konsultacije sa porodicom, informisano donošenje odluka u vezi sa narednim korakom u lečenju i psihološku podršku u ključnim trenucima (Covington, 2006a). Biopsihosocijalni model u bolnici znači da se za promenu, osim na medicinske aspekte iskustva, pažnja poklanja i psihološkim potrebama i socijalnom okruženju.

Sa druge strane, kada je reč o istraživačkim pristupima, biopsihosocijalni model ipak ima svoje nedostatke. Iz perspektive psiholoških istraživanja, on praktično uvodi nove varijable – na primer, zadovoljstvo socijalnom podrškom ili povinoвање medicinskim preporukama, ali i dalje ne uspeva da obuhvati kompletan socijalni i kulturološki kontekst pacijenata i pacijentkinja (Yardley, 1996). Istovremeno, istraživanja koja se bave diskursima o bolesti i kulturološkim aspektima i dalje

postoje, ali ne integrišu i medicinske karakteristike tih istih bolesti. Time se može zaključiti da je biopsihosocijalni model ima značajnije implikacije za tretman pacijenata u medicinskom kontekstu, nego za potpuno razumevanje dubine i složenosti njihovih iskustava (Yardley, 1996).

Fokus ove studije jeste na iskustvu neplodnosti i njenog lečenja iz lične, subjektivne i psihološke perspektive ali je neodvojiv od medicinskih dijagnoza, procedura i faza u lečenju. Na primer, dostupnost neke od strategija prevladavanje će zavisiti od ličnih karakteristika osoba, njenog sociokulturnog konteksta, ali i od medicinskih karakteristika iskustva. Žene će verovatnije u početnim fazama prikupljanja nalaza biti više usmerene na problem, a tokom dve nedelje čekanja nakon embriotransfera, na svoje emocije. Ukratko, usmerenost na psihološki doživljaj ne znači ignorisanje paralelne medicinske realnosti koja okupira materijalne i vremenske resurse a i fizički je veoma zahtevna za žene već uvažavanje njihove i materijalne i diskurzivne realnosti (Yardley, 1996).

Teorijski okvir ove studije čine znanja iz zdravstvene psihologija i istraživanja iskustava žena u domenu psihologije i antropologije. Iskustvo vantelesne oplodnje, koje je predmet ove studije, ima objektivne medicinske karakteristike, koje su njegov značajan deo i koje će biti analizirane iz perspektive žena koje kroz njega prolaze. Drugim rečima, ova studija se bavi time kako žene razumeju svoje iskustvo, kako o njemu govore i kako ga tumače. Međutim, vantelesna oplodnja se ne dešava u vakuumu – od prvog suočavanja sa neplodnošću pa sve do ishoda vantelesne oplodnje, razumevanje ovog iskustva oblikovano je društvenim značenjima, zakonodavnim okvirom i dostupnim biomedicinskim tehnologijama. Pre bližeg određenja ciljeva ove studije, kao značajan deo teorijske pozicije biće analizirane kritike biomedicinskih postupaka za lečenje neplodnosti, koje čine ključan kontekst ovog iskustva.

Kritički pristup biomedicinskim postupcima za lečenje neplodnosti

Reproduktivna iskustva žena odvijaju se u veoma složenim političkim i medicinskim i kontekstima čiji aspekti su problematizovani kroz, uglavnom feminističku, literaturu i važni su i za razmatranje neplodnosti i vantelesne oplodnje. Postupak kakva je vantelesna oplodnja nije nastao u vakuumu, nezavisno od drugih politika i praksi. Važno je razumeti da medicinske preporuke i način na koji se odvijaju reproduktivni procesi žena na klinikama nisu ni univerzalni ni po meri žena. Na primer, u kontekstu trudnoće i porođaja, analizirane su medicinske prakse ograničavanja kretanja i medikalizacije, subjektivnost žena i odnosi moći na klinici (Davis-Floyd, 1994; Martin, 2001; Stanković, 2024; Young, 2005). Kada je reč o neplodnosti, ukazivalo se na nejednak teret koji ona predstavlja za žene u odnosu na muškarce i na problematične aspekte biomedicinske tehnologije (Franklin, 2002; Throsby, 2004; Thompson, 2005). Na mnogim mestima u ovom tekstu bili su istaknuti aspekti medicinskog, ali i šireg društvenog konteksta koje treba problematizovati (npr. rodnu nejednakost, prakse finansiranja, pritiske interesnih grupa). Iako je u velikoj meri istraživački pristup u ovoj studiji empatičan i otvoren za razumevanje ženskog iskustva koje podrazumeva želju i nameru, kao i pokušaje da se dobije dete, ne treba zanemariti mnoštvo kritika upućenih upravo praksama putem kojih se ova želja ostvaruje (ili koje bar obećavaju da će se ostvariti).

Kritika koja je u ovom radu najzastupljenija, budući da je kroz neposredna iskustva najvidljivija, je česta nedostižnost obećanja o zasnivanju porodice, kada je vantelesna oplodnja u pitanju. Iako statistike uspešnosti nisu sasvim ohrabrujuće (tek trećina ciklusa se završi uspešnom trudnoćom: Adamson et al., 2018) status vantelesne oplodnje ipak je takav da ona predstavlja ponuđeno rešenje za problem neplodnosti. Tok lečenja je sasvim neizvestan jer se ono može prekinuti u bilo kojoj fazi, pre ostvarene trudnoće, čak i pre oplodnje embriona (Franklin, 2002).

Drugim rečima, iako društveno i medicinski prepoznata kao postupak lečenja neplodnosti, za mnoge osobe, čak i nakon mnogo pokušaja, ona to nije. Neke autorke tvrde kako i sami lekari podstiču i ohrabruju ponovne ulaske u postupke vantelesne oplodnje, uz malo ili nimalo osvrta na druga rešenja (Van Balen & Inhorn, 2002). Uz ovakav fokus na vantelesnu oplodnju, glorifikuje se lečenje neplodnosti u medicinskom kontekstu čime se očigledno prioritet daje biološkom roditeljstvu kakvo je u zapadnim društvima poznato a svi drugi životni izbori (ili neželjeni ishodi) se marginalizuju (Ginsburg & Rapp, 1991).

U skladu sa zahtevnošću i karakteristikama postupka, druga kritika ticala se učvršćivanja rodni uloga tokom neplodnosti i vantelesne oplodnje. Kako tvrdi Thompsonova (Thompson, 2005), razvoj reproduktivnih tehnologija davao je nadu da će se žene postepeno oslobađati od svojih bioloških ograničenja, međutim, one su ih samo dodatno učvrstile u toj ulozi. Neplodnost je društveno prepoznata kao odgovornost žene, koja preuzima sve korake u identifikaciji i lečenju problema. Sva očekivanja od proširenja porodice i dalje su usmerena na žene a pritisak lečenja je isključivo na njima. Iako biomedicinske tehnologije prividno otvaraju veće mogućnosti izbora za planiranje vremena i načina ostvarivanja porodice, za osobe suočene s neplodnošću one ostaju praktično nužan izbor. Samim tim što postoji mogućnost lečenja ono postaje nužna opcija koju bi bilo neodgovorno odbaciti, naročito za žene koje su ionako pod velikim pritiskom da postanu majke (Thompson, 2005). Ukratko, razvoj biotehnologija nameće nove standarde za žene i na njima je da se povinuju (Martin, 2001). Pored toga, kao što je već napomenuto, ti postupci imaju ozbiljne posledice po vreme i zdravlje žena – one su te koje prolaze kroz hormonske tretmane radi izazivanja ovulacije, one su te koje prolaze kroz inseminaciju ili embriotransfer i one su te koje nose trudnoću (Inhorn, 2008).

Mnoge kritike upućivane su upravo medicinskim praksama i načinima na koje medicinski autoriteti vide neplodnost i njeno lečenje. Sara Frenklin tvrdi kako se u medicinskom kontekstu insistira na prirodnosti i jednostavnosti postupka vantelesne oplodnje, čime se ona predstavlja kao mali dodatak prirodnim procesima koji se ionako spontano odvijaju (1997). Vantelesna oplodnja je u tom slučaju „benigna“ tehnološki napredna podrška prirodnim procesima reprodukcije (Throsby, 2004). Frenklinova (1997) ukazuje na to da se postupak zove baš „vantelesna oplodnja“ što je jedini deo postupka koji se odvija tehničkim manipulisanjem ćelija, bez učešća tela osoba koje se nalaze u postupak, što ukazuje na njen suštinski tehnološki i „neprirodan“ karakter. Takođe, ove reprezentacije postupka potpuno isključuju aktore iz jednačine – prema njima, vantelesna oplodnja predstavlja proces koji se dešava nezavisno od osoba koje kroz nju prolaze i lekara koji u njoj učestvuju, kao čista saradnja prirode i tehnologije, bez učešća pacijentkinja (Franklin, 2002; Throsby, 2004). Slični komentari upućivani su i tretiranju porođaja na klinikama – porođaj se najčešće opisuje kao fiziološki ili kao tehnološki podržan događaj koji se odvija bez svesnog (i poželjnog) učešća žene. Na klinikama postoji izvesna vrsta tehnokratskog modela – poverenja da će tehnologija prevazići prirodne nedostatke (Davis-Floyd, 1994). Neke medicinske prakse direktno podržavaju ovakvo viđenje – stalno nadgledanje uz pomoć tehnologije ali i medikalizacija žena, postavljanje porodilja u horizontalne položaje i ograničavanje njihovog kretanja (Young, 2005). U ovom smislu žene ostaju potpuno otuđene od procesa koje se dešavaju nezavisno od njih i gube kontrolu nad tokom postupka (Martin, 2001; Throsby, 2004). Martinova je registrovala u intervjuima sa svojim učesnicama (o porođaju) veliki nivo distanciranosti od sopstvenih fizioloških procesa, po uzoru na medicinski diskurs koji pokrete materice definiše kao nevoljne pokrete i samim tim ulogu žene u porođaju svodi na minimum (Martin, 2001). I u kontekstu vantelesne oplodnje prisutne su mehanicističke metafore o telu kojem je potrebna „popravka“ lekara, odnosno prepuštanje medicinskom znanju (Greil, 2002). Drugim rečima, žensko telo i reproduktivni procesi dugo se smatraju u velikoj meri kontrolisanim i upravljanim tehnologijom i prirodno-naučnim znanjem, koje u nekim situacijama stoji u suprotnosti ili kao pretnja ženskom iskustvu i ličnim saznanjima. U takvoj atmosferi, mnoge žene gube poverenje u sopstveno iskustvo i preplavljene društvenim narativima počinju da se oslanjaju na reprezentacije koje su dominantne, zanemarujući

sopstvenu perspektivu jer je ne smatraju dovoljno validnom i objektivnom (Davis-Floyd, 1994; Young, 2005) Međutim, interesantno je da i u kontekstu porođaja (Martin, 2001; Young, 2005) i u kontekstu vantelesne oplodnje (Franklin, 2002), žene imaju potencijal da se suprotstave dominantnim medicinskim reprezentacijama ovih događaja, predstavljajući ih baš kao iskustva žena u kojima su one aktivne učesnice. Na primer, neke žene biraju porođaj kod kuće jer im medicinske reprezentacije zvuče suviše udaljeno od njihovog autentičnog iskustva (Martin, 2001); žene koje prolaze kroz VTO naglašavaju složenost postupka, njegov nejednoznačan ishod kao i iznenađenje zbog praktično obmanjujućih medicinskih reprezentacija (Franklin, 2002) a uz to se informišu i navigiraju kompleksnim sistemom kako bi uspostavile neku kontrolu (Greil, 2002). U tom smislu – žene nisu sasvim pasivne, već pronalaze načine da se izbore sa preplavljujućim iskustvom i očiglednom hijerarhijom moći koja postoji između njih i lekara.

Visokotehnološki aspekt vantelesne oplodnje je problematizovan iz više perspektiva. Osim što znači predstavljanje postupka kao saradnje tehnologije i biologije bez učešća žena, znači i da ne služi samo prevazilaženju problema neplodnosti. Vantelesna oplodnja je biomedicinsko postignuće koje se unapređuje svakim novim postupkom, što drugim rečima znači i da žene otelovljuju biomedicinski napredak, čak i kada se suočavaju sa neuspehim postupcima (Throsby, 2004). Drugim rečima, postupci vantelesne oplodnje zadovoljavaju šire društvene interese bar podjednako koliko i individualne interese osoba suočenih sa neplodnošću. Kako kod nas tvrdi Lepetić (2014), koristeći se jezikom iz Fukoovske tradicije, reproduktivne tehnologije omogućavaju osobama da premoste ono što je društvo obeležilo kao nedostatak, odnosno da se promene i poboljšaju tako da zadovolje društvene kriterijume normalnosti i prosečnosti. Uz već razmatrane politike reprodukcije i pronatalitetne politike motivisane nacionalističkim interesima, jasno je takođe i da prakse postizanja kriterijuma pomenute „normalnosti“ i „prosečnosti“ nisu iste za sve (Drezgić, 2008). U vezi sa nejednakim društvenim tretmanom, dimenzija kojoj su se feminističke autorke tradicionalno posvećivale su i klasne razlike odnosno dostupnost različitih tretmana osobama iz različitih predela zemlje, različitog obrazovanja ili materijalnih mogućnosti (Thompson, 2005). Jedan ilustrativni primer za to je odluka grada Beograda¹⁴ da izdvoji sredstva za četvrtu vantelesnu oplodnju parovima dok to nije bilo dostupno parovima u drugim gradovima u Srbiji (*Beograd finansira troškove četvrtog pokušaja vantelesne oplodnje*, 2019). Takođe, ukoliko neki od kriterijuma za uključivanje u postupak lečenje neplodnosti propisan uputstvom RFZO-a nije ispunjen, na paru je da odluči o prekidanju tretmana ili o njegovom nastavku o sopstvenom trošku. Budući da je postupak složen i da se sastoji iz mnoštva pregleda, kontrola, lekova i pripremnih intervencija, njegova cena može značajno varirati. Srbija u ovome nije usamljena, pravila slobodnog tržišta ostavljaju prostor velike varijabilnosti u ceni i usluzi (Van Balen & Inhorn, 2002). Međutim, vantelesna oplodnja nije jedina mera „premošćavanja“ neplodnosti koja pokreće klasna pitanja, surogat materinstvo od nedavno otvara diskusije i u našem okruženju, međutim prevazilazi okvire ovog rada.

¹⁴ Radi se o vremenu kada su se sredstvima RFZO-a finansirala tri postupka vantelesne oplodnje.

Cilj studije

Neplodnost i postupci njenog lečenja prepoznati su kao važna društvena pitanja – na samom početku ove studije razmotreno je povećanje opsega finansiranja i povećanje broja klinika za sprovođenje vantelesne oplodnje kao deo pronatalitetne politike naše zemlje. Takođe, teme neplodnosti i vantelesne oplodnje zauzimaju veliki medijski prostor i inspirišu nastanak udruženja i centara usmerenih na „borbu“ za dostupniju vantelesnu oplodnju i informisanije korisnike i korisnice. Istovremeno, odvijaju se u medicinskom kontekstu, koji je često prepoznat kao hladan i otuđujuć. Veliki porast i domet upotrebe biomedicinske tehnologije otvorio je prostor i za kritike, analizirane u prethodnom odeljku. Međutim, za ovu studiju najvažnije je da neplodnost i vantelesna oplodnja nisu samo „teme“ za javnu raspravu ili istraživanje, već iskustva pojedinaca i pojedinki koje kroz njih prolaze i čiji su ulozi neizmerno veliki. U našem okruženju postoje studije koje su analizirale iskustvo vantelesne oplodnje iz više perspektiva. Na primer, psihološke studije bave se vezama između izolovanih varijabli kao što su stres ili porodična disfunkcionalnost (Milovanović, 2018; Jestrović, 2021). Studije iz drugih društvenih disciplina bavile su se političkim i bioetičkim aspektima kao što su zakoni, promene u finansiranju, rodni odnosi moći (npr. Drezgić, 2012; Lepetić, 2017), dok su radovi u oblasti medicine naglašavali psihopatološke promene kod žena suočenih sa ovim životnim iskustvom (Bojović Jović, 2016). Ova studija pružiće novu perspektivu – dubinsku analizu vantelesne oplodnje kao ličnog iskustva žena koje kroz nju prolaze.

Razmatranje iskustava iz lične perspektive prisutno je u istoriji psihologije naročito kod onih koji se oslanjaju na kvalitativan metod o kojem će u nastavku biti reči. Uz to, istraživanja ženskih perspektiva zastupljena u psihologiji i srodnim naukama i bave se iskustvima specifičnim za žene (reproduktivna iskustva) kao i iskustvima koja su tradicionalno bila ispitivana na muškarcima. Ova studija nastavlja tradiciju bavljenja ženskim reproduktivnim iskustvima u okviru kvalitativnog metoda.

Cilj ove studije bio opis i interpretacija (eng. „giving voice and making sense“; Larkin et al., 2006) kompleksnosti iskustva prolaska kroz vantelesnu oplodnju, iz perspektive žena koje nemaju decu, a kroz postupak prolaze u Srbiji. Ova studija se bavi ličnim perspektivama i njihovom vezom sa društvenim aspektima fenomena, ne fokusirajući se na izolovane varijable, već na celovita značenja učesnica koja dobijaju smisao samo u njihovom neposrednom ali i u širem društvenom kontekstu. Za razliku od tradicionalnih pozitivističkih pristupa, prisutnih i u psihologiji žena, u ovoj studiji se ne traga za „objektivnim činjenicama“ već za značenjima i aspektima iskustva koje žene biraju da podele. Autorke koje se bave teorijskim perspektivama u oblasti psihologije žena (Wilkinson, 2001) ove dve alternative u istraživanju žena nazivaju *empirističkim pozitivizmom* (izučavanjem veza između operacionalizovanih varijabli) i *iskustvenim istraživanjima* (razumevanjem jedinstvenih perspektiva), pri čemu očigledno je da će ovo istraživanje spadati u drugu podgrupu.

Studija nastoji da odgovori na obuhvatno istraživačko pitanje *Kako izgleda prolazak kroz vantelesnu oplodnju iz perspektive žena koje nemaju decu?* Ovo opšte istraživačko pitanje dopunjeno je i ciljevima da se ispita veza koju neplodnost ima sa njihovim identitetom i partnerskim odnosom, kako se specifični aspekti iskustva vantelesne oplodnje odražavaju na telo i emocije žena, kakav upliv postupci vantelesne oplodnje imaju u profesionalni i društveni život žena, kako izgledaju gubici tokom vantelesne oplodnje, u kojim trenucima i na koji način žene preuzimaju kontrolu u ovom iskustvu, kakav je kvalitet medicinskog okruženja i šta se izdvaja kao otežavajuć faktor a šta kao preporuka za lakše nošenje sa ovim iskustvom.

U odgovoru na ove ciljeve koristiće se kvalitativna analiza urađena na transkriptima intervjua održanim sa ženama upravo u trenucima dok su prolazile kroz ova iskustva. Detalji prikupljanja i analize podataka objašnjeni su u poglavlju o metodologiji.

Tri aspekta cilja ove studije biće detaljnije razmotreni na ovom mestu. Prvi je da se studija bavi vantelesnom oplodnjom iz perspektive žena. Najpre treba podsetiti da je pritisak za ostvarivanjem trudnoće odnosno proširenjem porodice intenzivnije usmeren na žene. Neki od ovih pritisaka prisutni su i tokom odrastanja i ne napuštaju žene tokom njihovog odraslog perioda, tesno povezujući identitet žene sa identitetom majke. Dalje, ostvarivanje percipirane biološke uloge i vremenska ograničenja, u smislu starosti (kolokvijalno rečeno, otkucavanje biološkog sata), značajnije figuriraju u iskustvima žena nego u iskustvima muškaraca. Najznačajnije za fokus ovog rada, vantelesna oplodnja je višestruko složenije ulaganje (telesno, emotivno i materijalno) za žene nego za muškarce, o čemu je bilo reči u prethodnim odeljcima. Na kraju, ova studija oslanja se na istraživačku tradiciju usmeravanja fokusa na perspektive žena i davanja glasa ženama, budući da su oni značajni i dugo marginalizovani.

Drugo, značajno je istaći da je cilj ispitati iskustva žena koje nemaju decu i razlozi za ovo su višestruki. Cilj istraživanja nije samo razumeti iskustvo vantelesne oplodnje kao takvo, već protumačiti ga u sociokulturnom kontekstu, koje se za žene bez dece i žene sa decom značajno razlikuje. Najpre, preispitivanje identiteta neplodnosti i svrsishodnosti partnerstva figuriraće snažnije kod osoba koje nemaju decu, a ispitivanje ovog aspekta iskustva značajan je deo istraživačkog pitanja ove studije. Dalje, žene koje su u postupcima za dobijanje prvog deteta nalaze se u životnoj fazi kada je to za njih najčešće prioritetan razvojni zadatak i norma koja proizilazi iz okruženja. Čak i kada sam pokušaj lečenja nije vidljiv okruženju, vidljivo je odstupanje od norme – dok njihovo okruženje prividno lako i spontano zasniva porodice, kod žena (i parova) bez dece, ovaj korak se ne ostvaruje. Na kraju, distres u vezi sa neplodnošću je veći kod žena koje nemaju decu a i gubici se doživljaju drugačije, što njihove perspektive čini specifičnijim (Greil et al 2011).

Na kraju, učesnice ove studije su žene koje kroz postupak prolaze u našoj zemlji, a analiza se u velikoj meri oslanja na društvene reprezentacije i politike iz našeg okruženja, kao i zakonski regulisanu dostupnost vantelesne oplodnje. Ipak, u uzorak su uključene žene koje su same finansirale svoje postupke vantelesne oplodnje i one koje su aplicirale za postupke finansirane od strane RFZO-a. Njihove sličnosti i razlike u značajnoj meri su obogatile analizu ovog iskustva.

Metodološko pozicioniranje

Metod ove studije je kvalitativan, što oblikuje načine na koje se pristupa učesnicama istraživanja, kako se one tretiraju i razumeju, kakva je uloga istraživačice i priroda znanja odnosno status dobijenih podataka. Važno je onda naglasiti da se zapravo radi o kvalitativnom pristupu celokupnom istraživanju, a ne samo o izboru kvalitativnih tehnika za prikupljanje ili analizu podataka (Marecek, 2003). Kvalitativan pristup istraživanjima usmeren je prvenstveno na izučavanje celovitih i ličnih iskustava (Ashworth, 2008). Izučavanje iskustava u kvalitativnoj psihologiji podrazumeva, za početak, razumevanje svakog učesnika ili učesnice kao jedinstvenog slučaja za sebe (idiografski pristup) nasuprot uočavanja veza između varijabli. Drugim rečima, ni jedan fenomen se ne posmatra izolovano od sociokulturnih okolnosti u kojima je nastao. Na primer, nasuprot ispitivanju da li nivo stresa raste pri približavanju embriotransfera, ova studija ispituje osećanja i misli, razumevanje i ponašanje žena dok iščekuju embriotransfer, uvažavajući da se ovo čekanje među njima, usled različitih pozicija, može razlikovati. Suština ovakvog pristupa je traganje za značenjima, odnosno za sadržajem tih značenja, nasuprot tome koliko se često ili sa kojim intenzitetom neka varijabla javlja (Smith, 1995). Za ovu studiju je to veoma važno budući da učesnice dele i svoje jedinstvene perspektive i doživljaje kao i da istovremeno zauzimaju veoma različite socijalne pozicije, te se njihova iskustva jedino i mogu sagledavati kao posebna.

Na ovom tragu, u kvalitativnom pristupu traga se za razumevanjem osoba u njihovom socijalnom i kulturološkom kontekstu, uzimajući u obzir socijalne pozicije koje zauzimaju (rodne, klasne) (Marecek, 2003). U ovoj studiji to znači da su izveštaji učesnica tumačeni u skladu sa njihovim pozicijama i u njihovom okviru, o čemu će više biti reči u odeljku posvećenom tehnikama za analizu (Smith, 1995). Na ovom mestu treba samo istaći da nije cilj samo ispitati vezu između njihovih pozicija i vrste ili kvaliteta iskustava, već i kako one posmatraju svoju ulogu u društvu i svoju ulogu tokom postupka vantelesne oplodnje.

Treća karakteristika kvalitativnog pristupa je da se učesnice posmatraju kao intencionalne stvarateljke značenja (Maracek, 2003). U ovoj studiji korišćeni su intervjui kao način prikupljanja podataka, tokom kojih su učesnice same kreirale svoje narative i birale načine da govore o svom iskustvu. Treba istaći da kvalitativan pristup uvažava različite konstrukcije iskustva između različitih učesnica. Ovime se studija suprotstavlja nekim od tradicionalnih (kvantitativnih) postavki psiholoških istraživanja – „toleriše“ alternativne interpretacije odnosno raznolikost odgovora, i za njima čak i traga (Maracek, 2003). Načini na koje učesnice govore o svom iskustvu vredan su izvor podataka koji kroz kvantitativne metode, poput eksperimenta ili upitnika nije vidljiv. Drugim rečima, baš njihova specifična perspektiva je u fokusu ove studije.

Ukratko, u ovoj studiji se nije tragalo za univerzalnim vezama između pojava (varijabli) koje su nezavisne od konteksta u kojem osobe žive. Iskustva su jedinstvena, nastaju, doživljavaju i menjaju se u specifičnim kontekstima, stoga se kao takva moraju i analizirati. Kvalitativan pristup omogućava upravo ovo praćenje i razumevanje promena u iskustvu jer dopušta ambivalenciju i kontradikcije u izveštajima učesnika i učesnica.

U skladu sa ovim karakteristikama kvalitativnog pristupa, kao tehniku prikupljanja podataka korišćeni su polustrukturisani intervjui, čije osnovne karakteristike su navedene u nastavku.

Tehnika za prikupljanje podataka

Intervjui se koriste kao tehnika prikupljanja podataka iz više razloga i odgovaraju karakteristikama kvalitativnog pristupa. Oni omogućavaju uvid u detaljne izveštaje učesnika i učesnica istraživanja, bez ograničavanja istraživanja na unapred određen broj varijabli i smer njihovih veza. Kada je reč o prirodi znanja koju intervjui proizvode, pretpostavlja se da se tokom intervjuja učesnici i učesnice oslanjaju na aspekte iskustva koja su im značajna, te da to što govore tokom intervjuja u nekoj oslikava njihova iskustva i psihološko stanje (Smith & Osborn, 2007). Više detalja o tome kako se podaci dobijeni intervjuom tretiraju nalaziće se u analitičkom okviru ove studije. Ipak, treba naglasiti da se iskustvima učesnica tokom intervjuisanja ali i tokom analize pristupa empatično, da ono što učesnice biraju da podele i način na koji to čine se smatra ključnim za razumevanje njihovog ličnog iskustva. Svakako, ostavljen je prostor za tumačenje potencijalnih kontradikcija ili nejasnoća iz intervjuja kao i tumačenje iskustava u okviru širih socijalnih okolnosti (mandata materinstva, rodnih uloga, politika reprodukcije) i karakteristika lokalnog medicinskog konteksta (kako proces vantelesne oplodnje izgleda). Drugim rečima, uslovno rečeno prioritet u tumačenju dat je sadržajima koji su učesnice same podelile, međutim, taj sadržaj se tumači u okviru medicinskog i socijalnog konteksta koji je do sada već detaljno opisan, a o kojem su i one, sa manje ili više kritičkog stava, govorile.

Agenda za intervju u ovoj studiji sastoji se prvenstveno od liste tema (koje su opisane u nastavku ovog odeljka). Iako teme sa sobom nose pitanja koja su relevantna za cilj istraživanja, intervju je polustrukturisan, što znači da je u mnogim trenucima bilo moguće (i poželjno) prilagoditi pitanja i njihov redosled izveštajima učesnica. Budući da su se učesnice najpre razlikovale po ranijim iskustvima, prvi intervjui su se najviše tome i prilagođavali. Svaka vrsta prilagođavanja iskustvu, godinama, tonu i trenutku u postupku služila je uspostavljanju veze i odnosa poverenja između istraživačice i učesnice, koji su važni zbog osetljivosti teme i omogućavanja učesnicama da slobodno govore o iskustvima koja su im bila potencijalno bolna. Prostor i atmosfera tokom intervjuja takođe su značajni – učesnice su imale reč u izboru prostora (uživo ili onlajn) i tempu razgovora. Svaki intervju je uz informisanu saglasnost učesnica (prilog C) sniman i transkribovan verbatim. Odobrenje komisije za ocenu etičnosti istraživanja je u prilogu D.

Znajući da se narativ o iskustvu može promeniti pod uticajem ishoda (Boivin & Takefman, 1995), odnosno da bi izveštaji učesnica nakon (ne)uspele vantelesne oplodnje mogli da poprime obrasce koje nisu imali u početnim fazama procesa, da se spoje, pomešaju i izmene (Dornelles et al., 2016), planirano je da se sa učesnicama obavi jedan ili dva intervjuja. Prvi intervju bi bio održan u pripreмноj fazi ili tokom postupka a potencijalni drugi intervju na kraju postupka, bez obzira na njegov ishod. Tok ove studije menjao se (sa nekim učesnicama je održano i do četiri intervjuja), opet u skladu sa specifičnostima iskustava učesnica, i svi različiti tokovi intervjuisanja biće objašnjeni kasnije. Detaljna agenda sa pitanjima za prvi i kasnije intervjuje nalazi se u prilogima A i B a oblasti koje vode intervju se nalaze u nastavku.

Uvod i predstavljanje istraživanja. Na početku razgovora važno je uspostaviti atmosferu poverenja i objasniti svrhu istraživanja i način korišćenja podataka, što je učesnicama predstavljeno preko formulara informisane saglasnosti (prilog C). Za ovu studiju bilo je ključno dobro razumevanje pozicije učesnice istraživanja, njene okvirne partnerske i istorije lečenja neplodnosti, čemu služe uvodna pitanja. U njihovom sklopu nalaze se i pitanja o planiranju porodice koje se događalo pre ulaska u postupak VTO. Ova oblast tiče se značenja koje roditeljstvo ima za učesnice ove studije, kako se o tim značenjima pregovaralo sa partnerom, ko je i na koji način bio uključen u planiranje porodice, ako ga je bilo.

Dolazak lekaru. Pokušaji da se ostvari trudnoća u situacijama kada se to ne dešava postaju upadljiv deo svakodnevnice partnera. Ova grupa pitanja služi upoznavanju sa životom učesnica u periodu kada su prepoznale da im je potrebna medicinska pomoć i kako je izgledalo inicijalno

dijagnostikovanje neplodnosti. Dolasci lekaru uključuju i razmatranje drugih mogućnosti kao i prolazak kroz druge vidove intervencija usmerenih na lečenje neplodnosti, kao što su manje ili više invazivni postupci histeroskopije, ispitivanja prohodnosti jajovoda i inseminacija.

Ulazak u postupak. Pitanja iz ove oblasti obuhvataju sve pripremne aktivnosti za ulazak u postupak, prikupljanje dokumentacije, odlaske na komisiju i izbor klinike gde će se postupak raditi. Ova faza postupka podrazumeva nošenje sa velikom dozom neizvesnosti pa su i pitanja usmerena na ispitivanje očekivanja i osećanja u tom pogledu.

Stimulacija proizvodnje jajnih ćelija. Bez obzira na to o kojoj se po redu vantelesnoj radi, učesnice govore o tome kako im život izgleda i kako se administriranje hormona uklapa u to. Važno je ispitati i dalja očekivanja, njihove prioritete i percepciju njihovih ulaganja u postupak. Dok govore o postupku, učesnice imaju priliku i da se osvrnu na moguće ranije vantelesne oplodnje i nošenje sa ponovnom procedurom.

Ishod postupka. U skladu sa specifičnim ishodom (neuspehom u bilo kojoj fazi ili potencijalnom ostvarenom trudnoćom) sa učesnicama je obavljen kasniji intervju. Fokus ovog intervjua je na prilagođavanju novoj realnosti, izvorima podrške i osmišljavanju daljih koraka u lečenju (ukoliko već nije došlo do trudnoće).

Svaka od ovih oblasti obuhvata i teme kvaliteta odnosa sa medicinskim osobljem, odnose sa partnerom i drugim osobama iz okruženja, kao i očekivanja u nastavku postupka. Postupak se može završiti bilo gde između stimulacije jajnih ćelija i trudnoće. Ispitivanje neuspeha u postupku vodi do emocionalnog vrhunca postupka vantelesne oplodnje, zbog čega su naredni intervjui obavljeni, između ostalog, i u ovoj fazi. Agenda za drugi (i svaki sledeći) intervju, koji se prilagođavao specifičnim okolnostima učesnica takođe se nalazi u prilogu B.

Proces prikupljanja podataka

Terensko istraživanje trajalo je od 21. oktobra 2022. godine, do 16. maja, 2023. godine. Sa 20 žena obavljeno je između jednog i četiri intervjua, ukupno 45 intervjua u trajanju od nešto više od 50 sati. Većina intervjua je održana onlajn, što je omogućilo održavanje kontakta sa učesnicama iz deset različitih gradova u Srbiji. Uživo su održana tri intervjua, sa učesnicama koje su to izrazile kao svoju preferenciju. Intervjui su trajali između 30 i 140 minuta. Trajanje intervjua primarno je zavisilo od učesnice, odnosno njihovih dužina odgovora, spremnosti da o nekim temama diskutuju, otvorenosti da detalje o svom životu u toj fazi podele. Međutim, takođe je i pod uticajem faze u njihovom iskustvu i faze u istraživanju – po pravilu je prvi intervju trajao najduže. Najveće razlike između učesnica vide se tokom prvog intervjua. Značajno se razlikuje kontekst ulaska u novu vantelesnu oplodnju za na primer, žene koja su svojim ranim tridesetim ulazi prvi put u postupak i žene koja nakon medicinski indikovanog abortusa usled trizomije ploda ulazi u svoj peti postupak.

Nakon prvog intervjua, uspostavljeni su dogovori u vezi sa narednim intervjuom. Faza iskustva tokom koje se održavao drugi intervju bila je u skladu sa narednim korakom u postupku vantelesne koji se za svaku ženu razlikovao. Naime, neke od učesnica su se tokom prvog intervjua tek pripremale za komisiju, neke su počele stimulirati postupak a neke čekale embriotransfer. Drugi intervju je bio održan ukoliko su napravljeni novi koraci u postupku, odnosno ukoliko je žena prešla u neku drugu fazu lečenja. U suprotnom, intervju bi bio odložen ili otkazan, u zavisnosti od planiranih koraka u njenom iskustvu. Na ovom mestu značajno je istaći da za gotovo sedam meseci koliko je terensko istraživanje trajalo, zbog zdravstvenih prepreka i drugih povoda za odlaganje postupka, sa pet žena (od 20) nisu nastavljeni intervjui, jer za njih nije bilo novih koraka u postupku. Pet drugih žena je donelo svesnu odluku da sa postupcima privremeno ne nastavlja, dok je za 10 žena u-

kupno istraćen celokupan proces do njegovog završetka (neuspele stimulacije/transfera, trudnoće, pobačaja). Drugim rečima, 10 žena je proces započelo i završilo tokom terenskog rada, dok 10 iz različitih razloga, nije.

Osnovni materijal analiziran u ovoj disertaciji su podaci prikupljeni kroz polustrukturisane intervjue održane uživo ili onlajn sa učesnicima. Međutim, kontakt sa učesnicama se održavao tokom celog trajanja terenskog rada, usled čega su pisani dogovori o narednom intervjuu ili poruke učesnica o fazi u kojoj su ušle, postale deo analiziranog materijala.

Učesnice

Uzorak učesnica je nameran, mali i homogen. Ovakav pristup uzorkovanju karakterističan je za kvalitativne studije koje se bave jednim, posebnim ili intimnim iskustvom, koje deli mali broj osoba (Smith & Osborn, 2007). Za učešće u ovom istraživanju regrutovane su žene koje dele iskustvo vantelesne oplodnje i koje do tog trenutka nemaju decu. Osnovna ideja je da se sazna što više o doživljaju i razumevanju intimnog iskustva prolaska kroz vantelesnu oplodnju, od uzorka osoba koje su kroz to iskustvo prošle u neposrednoj prošlosti ili kroz njega prolaze u trenutku studije.

Učesnice u ovom istraživanju bile su žene koje su prolazile ili prolaze kroz postupak vantelesne oplodnje u Srbiji, što znači da su neke njihove karakteristike bile unapred poznate odnosno da se za njima namerno i tragalo. Načelno, one su morale biti u heteroseksualnoj partnerskoj zajednici (bračnoj ili vanbračnoj), budući da se tako i dolazi do komisije RFZO-a. Istovremeno, čak iako bi odlučile da zaobiđu proceduru RFZO-a i vantelesnu oplodnju finansiraju iz ličnih sredstava, u Republici Srbiji je donacija reproduktivnog materijala omogućena tek od 2023. godine, kada je terenski deo ove studije uveliko trajao. U tom smislu, u oktobru 2022. da bi žene prolazile kroz vantelesnu oplodnju u našoj zemlji, morale su imati (muškog) partnera. Do kraja terena se ova situacija promenila, pa su tako neke učesnice u mesecima nakon završenog terena tragale za medicinskom negom u drugim zemljama ili donacijama, međutim to nije predmet ove studije. Druga očekivana zajednička karakteristika je da učesnice imaju identifikovanu neplodnost odnosno dijagnozu steriliteta, kako bi ušle u postupak lečenja vantelesnom oplodnjom. Međutim, u jednom slučaju, zvanična dijagnoza je izostala zbog specifičnosti životne faze i socioekonomskih okolnosti učesnice – dugogodišnje lečenje od endometrioze i ulazak u partnerstvo u četrdesetim godinama doveo ju je do odluke da pokuša vantelesnu oplodnju privatno, nezavisno od RFZO-a. Svima je zajedničko to da na početku istraživanja nisu imale svoju decu, već je postupak vantelesne oplodnje tokom kojeg je istraživanje počelo, pokušaj da se dobije prvo dete.

Socioekonomsko okruženje i status je za većinu učesnica ove studije je bio sličan. Iako nisu sve živele u velikim gradovima, pa čak ni u urbanoj sredini, većina njih je imala završene fakultete, stabilne dohotke i rešena pitanja stanovanja. Homogenost ove vrste proizilazi iz tehnike uzorkovanja – najveći broj učesnica regrutovan je putem sponzorisanе objave na društvenoj mreži „Instagram“. Razumno je pretpostaviti da su se na oglas javile žene koje imaju vremena da provode vreme na društvenim mrežama, koje su komforne sa tehnologijama dovoljno da se jave na oglas i u intervjuu učestvuju onlajn te slobodne da govore o svom iskustvu. Na ovom tragu, homogenost proizilazi i iz tipa istraživanja odnosno istraživačkog pitanja. Učešće u istraživanju podrazumeva i prisećanje, izvesnu sposobnost artikulisanja sopstvenog iskustva i spremnost da se o njemu govori. Zbog ovoga, socioekonomske razlike između učesnica nisu figurirale u značajnoj meri tokom ove studije.

Međutim, učesnice su se po mnogim ličnim i karakteristikama postupaka, značajno razlikovale. U istraživanju je učestvovalo 20 žena koje su u trenutku intervjua imale između 29 i 43

godine. Broj prethodnih pokušaja i iskustva gubitka nisu nužno u vezi sa njihovom starošću, što će biti posebno analizirano. Učesnice dolaze iz deset različitih gradova u Srbiji, sa Beogradom kao najzastupljenijim (6). Raznovrsnost uzorka u pogledu mesta iz kojeg dolaze značajan je zbog definisanja lokalnog medicinskog konteksta. Nemaju svi gradovi klinike koje obavljaju vantelesnu oplodnju, usled čega su se neke žene odlučivale i na putovanje u gradove poput Beograda i Novog Sada, kako bi došle do klinike ili doktora kojeg su izabrale. Neki gradovi imaju privatne klinike, dok je u nekim dostupna vantelesna oplodnja samo u državnom kliničkom centru. Za vreme terenskog rada, ovo je bio slučaj sa Nišom i Kragujevcem, međutim, jedna privatna klinika iz Kragujevca je od 2025. godine na spisku RFZO-a.

Zatim, za neke od njih, aktuelni (ili poslednji završeni) postupak bio je prvi, dok je za neke bio čak četvrti ili peti. Prethodne postupke je za neke od njih pratilo i iskustvo pobačaja ili medicinski indikovanog abortusa. Tokom našeg prvog razgovora, učesnice su bile u različitim fazama postupka, neke već pred embriotransferom, a neke su tek iščekivale komisiju. Kako se svaka od ovih faza tretira i razume, te šta su one smatrale početkom vantelesne i njenim krajem, biće vrlo značajno za analizu. Većina učesnica je apliciralo za vantelesnu oplodnju finansiranu iz RFZO-a, dok je mali broj njih birao da postupak plati i zaobiđe tu proceduru.

Ali najpre, učesnice su se razlikovale po tome kakav su tok postupci vantelesne oplodnje imali za njih i kakvi su njihova življena iskustva. U narednom paragrafu biće ukratko opisani ovi različiti tokovi, koji će najaviti kompleksnost postupka analiziranog u ovoj disertaciji.

Na kraju terena, u maju 2023. godine, održavane su tri zdrave trudnoće i dve trudnoće sa komplikacijama (obe blizanačke, među kojima je i jedna beba preminula u 23. nedelji trudnoće). Dve učesnice (interesantno je pomenuti da se radi o učesnicama koje su među najmlađima) su tokom postupka bile u ozbiljnoj životnoj opasnosti i operisane su nakon hiperstimulacije.

U trenutku poslednjeg telefonskog kontakta (mart, 2024. godine, deset meseci nakon kraja terenskog istraživanja), još tri učesnice su održavale trudnoću (jedna putem donacije). Od preostalih učesnica, jedna učesnica je odlučila da aplicira za donaciju u našoj zemlji a dve su postupke vantelesne oplodnje nastavile u inostranstvu. Preostalih devet učesnica nisu ostvarivale trudnoće, nekada nisu ni ulazile u nove postupke vantelesne a nekada su i tokom postupka nailazile na negativne ishode poput praznih folikula, nedovoljno kvalitetnih jajnih ćelija, neuspele oplodnje. Drugi ishodi uključivali su vanmaterične trudnoće ili gubitak ploda u prvom tromesečju. Uključujući i druge intervencije ili varijacije lečenja neplodnosti kroz koje su učesnice ove studije prošle, jasno je kako su, iako dele iskustvo vantelesne oplodnje, imale praktično, socijalno i psihološki potpuno različita iskustva.

Detalji o neposrednom kontekstu tokom prvog održanog intervjua i ishodu lečenja neplodnosti (u trenutku poslednjeg kontakta) za sve učesnice, navedeni su u nastavku. Neke od njih su nakon ovog trenutka nastavile sa lečenjem pa treba imati u vidu da se okolnosti razmotrene u nastavku ne tiču konačnog ishoda njihovog lečenja.

Ljubica ima 39 godina i živi u Beogradu. U svom iskustvu ima višegodišnje lečenje endometrioze, ali je u poslednjih nekoliko godina bez tegoba. U postupak vantelesne oplodnje krenula u prvim nekoliko meseci svog partnerstva. Postupak je finansirala samostalno. Suočila se sa više odlaganja embriotransfera iz medicinski opravdanih razloga, ali nakon što joj je vraćen jedan embrion, ostala je trudna. Trudnoću je iznela bez komplikacija i rodila zdravog dečaka.

Angelina ima 30 godina i živi u većem gradu na jugu Srbije. Nakon lečenja neplodnosti u privatnoj ustanovi koje je trajalo dugo i bio bez rezultata, ušla je u svoj prvi postupak, finansiran iz sredstava RFZO-a. U inicijalnom lečenju je učestvovao i partner zbog loših rezultata spermograma. Nakon nekoliko odlaganja početka, postupak je prošao bez zdravstvenih poteškoća, i rezultat Beta HCG testa je bio pozitivan. Nivoi hormona se nisu pravilno duplirali i Angelina je izgubila

trudnoću u prve dve nedelje trudnoći. U kontaktu sa klinikom saznala je da joj nije prepisana standardna terapija. Nakon ovog prvog postupka odlučila je da aplicira za vantelesnu oplodnju u inostranstvu.

Sara ima 36 godina, obrazovana u domenu bliskom medicinskim naukama. U lokalnom domu zdravlja naišla je na mnoštvo prepreka koje je njeno lečenje vantelesnom oplodnjom značajno odložilo. Za svoj postupak aplicirala je preko RFZO-a i obavljala ga je na klinici u Beogradu, daleko od njenog mesta stanovanja. Prvi postupak je bio i uspešan. U trudnoći je imala jedan zdravstveni problem, hematom usled kojeg je morala da miruje, ali se porodila bez komplikacija i rodila zdravog dečaka.

Hana ima 38 godina i tokom ove studije bila je u trećem postupku vantelesne oplodnje. Živi u manjem gradu u relativnoj blizini Beograda, na koji je bila usmerena tokom postupka vantelesne oplodnje. Nakon prve neuspešne vantelesne oplodnje prošla je kroz jednu hiruršku intervenciju. Treća vantelesna oplodnja je bila uspešna. Tokom trudnoće imala je naprsnuće vodenjaka koje nije izazvalo dodatne komplikacije i rodila je zdravog dečaka.

Irena ima 37 godina i živi u Beogradu. Tokom ove studije bila je u svom petom postupku vantelesne oplodnje. Prošla je kroz dugo lečenje i više promena lekara. Jedan embriotransfer joj je rađen dok je bolovala od virusa herpes zoster. U svom trećem postupku ostala je trudna, ali zbog rezultata prenatalnog testa koji je ukazao na to da plod ima Daunov sindrom, uradila je medicinski indikovani abortus. Nakon neuspešnog petog postupka, u dogovoru sa lekarom je nastavila sa lečenjem u okviru svog prirodnog ciklusa¹⁵.

Kristina ima 36 godina i nalazila se u trećem postupku. Svoje postupke je samostalno finansirala u Beogradu, koji je relativno blizu njenom mestu stanovanja. Rezultat Beta HCG testa je bio pozitivan ali nizak. To je bio indikator vanmaterične trudnoće. Kristina je imala hiruršku intervenciju u državnoj bolnici u Beogradu. Nakon neuspešnog trećeg postupka, lečila se u svom prirodnom ciklusu.

Marijana ima 30 godina i ušla je u svoj prvi postupak vantelesne oplodnje, u državnom kliničkom centru na jugu Srbije. Nakon transfera tri embriona, usled jakih bolova bila je hospitalizovana. Utvrđena joj je trudnoća ali i hiperstimulacija, zbog čega je provela nekoliko nedelja u bolnici kako bi se njeno stanje pratilo. Na ultrazvuku primećena su tri ploda i sugerisano joj je embrioredukcija, kako bi se preostala dva ploda razvijala pravilno. Na narednom ultrazvuku utvrđeno je da se jedan plod spontano „ugasio“ što je značilo da je Marijana nosila blizanačku trudnoću. U 23. nedelji trudnoće izgubila je jednu bebu. Dečaka je rodila prevremeno i bili su smešteni zajedno u bolnici u Beogradu. Tokom poslednjeg kontakta, ona i beba bili su kod kuće.

Jovana ima 36 godina i živi u malom mestu u Vojvodini. U prvom braku je imala spontani pobačaj. U drugom braku je imala dva postupka vantelesne oplodnje, tokom studije se nalazila u drugom postupku. U prvom postupku je imala rani gubitak trudnoće. Drugi postupak se završio negativnim rezultatom Beta HCG testa.

Iva ima 32 godine i živi u većem gradu u centralnoj Srbiji. Tokom studije se nalazila u svom trećem postupku vantelesne oplodnje. Njen partner je takođe prolazio kroz lečenje usled loših nalaza spermograma. Vantelesnu oplodnju je obavljala u državnom kliničkom centru. Treći postupak je bio uspešan, imala je blizanačku trudnoću. Tokom trudnoće utvrđeni su neki

¹⁵ Postupak prikupljanja spontano formiranih jajnih ćelija u prirodnom ciklusu, da bi se uradila vantelesna oplodnja bez stimulisano postupka.

zdravstveni problemi sa jednom od beba, usled čega joj je takođe sugerisana embrioredukcija. Na prenatalnom testu je sve bilo u redu i Iva je rodila dve devojčice.

Mitra ima 29 godina, živi u većem gradu na jugu Srbije i tokom ove studije se nalazila u trećem postupku. U svom iskustvu ima mnoštvo zdravstvenih problema, uključujući i hiperstimulaciju, torziju jajnika i operaciju, a zatim i hormonalne probleme i ciste koje su takođe zahtevale hiruršku intervenciju. Usled nepoverenja u državni sistem koji joj je bio dostupan, ona je vantelesnu oplodnju obavljala na velikoj privatnoj klinici, značajno udaljenoj od njenog mesta stanovanja.

Snežana ima 33 godine i živi u manjem gradu u Vojvodini. Zbog endometrioze su joj otklonjeni jedan jajovod i jajnik, zbog čega je ušla u postupke vantelesne oplodnje. Tokom studije, bila je u četvrtom postupku. U njenom iskustvu ima mnoštvo gubitaka. Imala je iskustvo i neuspešnog krioembriotransfera jer embrion nije preživeo odmrzavanje, endometrijum se nije pravilno uvećavao, jednom je nakon embriotransfera prokrvarila i pre Beta HCG testa. Nakon neuspešnog četvrtog postupka, odlučila se za donaciju.

Monika ima 39 godina i živi u većem gradu na jugu Srbije. Tokom ove studije bila je petom postupku koji se neuspešno završio. Njeno lečenje je višegodišnje a iskustva sa lekarima najrazličitija. Takođe je razvila nepoverenje u državni sistem ali i u lekare na lokalnu. Tokom jednog od postupaka dobila je i metabolički poremećaj usled hormona koje je uzimala. Nakon petog neuspešnog postupka se odlučila za donaciju.

Andrea ima 33 godine i živi u većem gradu u Vojvodini. Tokom ove studije je ulazila u prvi postupak vantelesne oplodnje. Njeno lečenje je pre toga trajalo neko vreme. Budući da se radi o idiopatskom sterilitetu, Andrea je odlagala ulazak u vantelesnu oplodnju, i iako se pripremala za komisiju, nadala se da do nje neće doći. Do kraja ove studije je bila u procesu izbora lekara za svoj prvi postupak.

Mina ima 31 godinu i živi u Beogradu. Imala je četiri neuspešne vantelesne oplodnje. U svom iskustvu imala je i medicinski indikovani abortus usled triploidije, prestanak srčane radnje u ranoj trudnoći i iskustvo hiperstimulacije. Na kraju terena ove studije, ulazila je u svoj peti postupak.

Jana ima 41 godinu, imala je jedan postupak vantelesne oplodnje i pripremala se za krioembriotransfer u neposrednoj budućnosti. Tokom poslednjeg kontakta bila je u dvadesetoj nedelji trudnoće. Specifičnost njenog iskustva je da ne živi u Srbiji, i iako su postupci rađeni ovde, Jana se nalazi daleko od svoje porodice.

Azra ima 38 godina i živi u Beogradu. U drugoj polovini tridesetih je artikulisala želju za proširenjem porodice, budući da je pre toga u porodici imala ćerku svog supruga. Tokom postupka vantelesne oplodnje u kojem bila razvila je alergijsku reakciju na terapiju koja je ozbiljno zakomplikovala njeno zdravstveno stanje. Do kraja ove studije je imala i hiruršku intervenciju na materici.

Saša ima 40 godina i živi u Beogradu. Samostalno je finansirala postupke vantelesne oplodnje jer partner nije ispunjavao uslove RFZO-a. Prošla je kroz dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera. U poslednjem pokušaju je prošla kroz spontani pobačaj. Nakon završetka ove studije, Saša je održavala trudnoću.

Anica ima 31 godinu i živi u Beogradu. Prošla je kroz jedan postupak koji je samostalno finansirala na privatnoj klinici u Beogradu. Tokom aspiracije jajnih ćelija utvrđeno je da su folikuli prazni, i doktorka koja je vršila aspiraciju joj je presekla krvni sud. Anica je iste noći hitno operisana usled jakih bolova i vode u trbušnoj šupljini. Bila je hospitalizovana i tokom ove studije se pripremala na prvi ginekološki pregled nakon operacije.

Maša ima 43 godine i živi u većem gradu u centralnoj Srbiji. Najstarija je učesnica u uzorku i nalazila se u petom postupku vantelesne oplodnje. Na lečenje je odlazila u dve klinike van svog mesta stanovanja. Imala je i jednu spontano začetu vanmateričnu trudnoću. U njenom iskustvu dominira nezadovoljstvo zdravstvenim sistemom.

Dunja ima 32 godine i živi u manjem gradu u relativnoj blizini Beograda. Tokom ove studije se pripremala za komisiju u svom trećem postupku. Razočarana zdravstvenim sistemom u Srbiji, nakon neuspešnog trećeg postupka aplicirala je za vantelesnu oplodnju u inostranstvu.

Analitički okvir

Na ovom mestu biće opisan način koji se u ovoj studiji pristupa materijalu koji se analizira. Iako ovo jeste trenutak za predstavljanje konkretnih tehnika analize, treba istaći da su one neodvojive od teorijskog pozicioniranja. Podaci su analizirani tehnikama koje se, shodno svemu do sada rečenom, oslanjaju na kvalitativan pristup – podrazumevaju tretiranje učesnica kao intencionalnih stvarateljki značenja (kako one vide i kako govore o svom iskustvu), koje u intervjuima dele aspekte iskustva koji su im značajni i govore iz svojih specifičnih socijalnih i psiholoških pozicija (koje su značajne i za tumačenje njihovih iskustava).

Rad sa materijalom počinje od prvog intervjua, gde je vođenje intervjua prvo susretanje sa materijalom i prvo razmatranje njihovih iskustava u kontekstu teorijske pozadine predstavljene u studiji. Dalji susreti sa materijalom, nakon samih intervjua su susreti sa audio-snimcima a zatim sa tekstovima, odnosno verbatim transkriptima održanih intervjua. Okosnicu analize činila je interpretativna fenomenološka analiza, jedna od kvalitativnih tehnika obrade podataka, koja se vrši nad materijalom dobijenim intervjuima.

Interpretativna fenomenološka analiza

Interpretativna fenomenološka analiza (IFA) je tehnika analize kvalitativnih podataka osmišljena sa namerom da se razumeju i interpretiraju psihološke situacije u kojima se nalaze učesnici i učesnice istraživanja, kao i načini na koje ih doživljaju (Smith, 1995). Cilj interpretativne fenomenološke analize je uočavanje značenja koja su za učesnike i učesnice jedinstvena, kao i interpretacija ovih značenja u skladu sa psihološkom i socijalnom pozicijom učesnika i učesnica. Drugim rečima, IFA se bavi analizom ličnih iskustava i time kako ih percipiraju, razumeju i kako o njima govore osobe koje ga doživljavaju (Larkin et al., 2006). U slučaju ove studije, IFA je primenjena uz posebnu analizu sociokulturnog okvira u kojem učesnice žive i u kojem se vantelesna oplodnja odvija. Kao što je u ranijim odeljcima bilo naglašeno, važan aspekt analize su socijalni diskursi, politike reprodukcije, karakteristike medicinskog konteksta i specifičnosti heteroseksualnog partnerstva. To znači da IFA uzima u obzir da se iskustva koja mogu delovati slično ili isto, kod različitih osoba mogu doživljavati na veoma različite načine (Viligić, 2016). Zbog ovog obraćanja pažnje na jedinstvene perspektive, IFA se često koristi kada se ispituje suočavanje osoba sa novim, kompleksnim ili emocionalno zahtevnim situacijama (Smith & Osborn, 2007) a naročito u zdravstvenoj psihologiji (Larkin et al., 2006). Poznato je da se interpretativna fenomenološka analiza koristila u tumačenju iskustava hroničnog bola (Osborn & Smith, 1998); porođaja (Stanković, 2024), abortusa (Skočajić & Stanković, 2020) itd.

Interpretativna fenomenološka analiza čini čitav istraživački pristup i informiše različite istraživačke odluke, na primer, veličinu i karakteristiku uzorka u istraživanju. Zbog detaljnog i dubinskog pristupa, sa fokusom na analizi posebnih slučajeva i razumevanje i interpretaciju iskustva, nasuprot generalizaciji rezultata, studije koje koriste interpretativnu fenomenološku

analizu uglavnom rade sa malim uzorcima (Smith & Osborn, 2007). Mali uzorak je uglavnom homogen, sastavljen od osoba koje dele iskustvo koje se istražuje (žene bez dece u postupku vantelesne oplodnje) zbog čega je uzorkovanje namerno i podrazumeva traganje baš za ovakvim osobama bez namere da se sastavi reprezentativan ili slučajan uzorak.

U prikupljanju podataka koriste se uglavnom intervjui koji se snimaju a zatim verbatim transkribuju. To znači da se IFA radi na tekstu, odnosno transkriptima intervjuja. Preporuka je detaljno analizirati svaki transkript, odnosno svaki slučaj, pre prelaska na sledeći, što je u skladu sa kvalitativnim pristupom kao idiografskim (Smith, 1995). Da bi ovo bilo moguće, analiza se sprovodi kroz niz utvrđenih koraka.

Prvi korak je uočavanje „značenja“ odnosno kodova koji sumiraju ili opisuju delove izveštaja učesnica (Smith & Osborn, 2007). Kodovi se pronalaze u svakom transkriptu i ne moraju biti svuda isti – suština ovog pristupa je omogućavanje da se jave različita značenja kod različitih učesnica. Može se desiti da je jedan kod prisutan samo kod nekih učesnica, a svakako se događa da je isti kod zasićen različitim sadržajima kod više različitih učesnica. Sitniji kodovi se grupišu u krupnije teme. Pri grupisanju kodova vodi se računa o pojedinačnim transkriptima (studijama slučaja) i o transverzalnoj analizi – zajedničkim temama. IFA je osmišljena tako da se analizom više slučajeva dođe do nekoliko obuhvatnih tema za tumačenje. Bez obzira na tu karakteristiku koja podrazumeva uopštavanje, nikada ne treba iz vida izgubiti lične istorije učesnica i njihove partikularnosti (Smith, 1995). Iskrsavanje novih i iznenađujućih tema nije retkost, stoga upustiti se u interpretativnu fenomenološku analizu znači često vraćanje na literaturu i pronalazak nove literature, kao i iznova čitanje već analiziranih transkripata (Smith, 1995). Takođe, interpretativna fenomenološka analiza je dugačak i cikličan proces koji se ne završava izlistavanjem uočenih tema, već podrazumeva grupisanje tema i uočavanje njihove hijerarhijske strukture (nadređene i podteme) (Vilg, 2016). Teme, njihovo značenje u kontekstu specifičnih okolnosti pojedinačnih učesnica, i njihovo značenje u širom sociokulturnom kontekstu sredstvo su organizacije rezultata ove studije.

Međutim, IFA podrazumeva istraživački pristup koji prevazilazi tehnike analize podataka i tiče se statusa znanja koji se ovom analizom gradi, pristupa učesnicima i uloga istraživača. Pri analizi, istraživači i istraživačice pristupaju izveštajima učesnika i učesnica na dva načina. Prvi podrazumeva empatično razumevanje njihovih doživljaja, pozicija i psiholoških stanja (Smith & Osborn, 2007). Empatični pristup je često deskriptivan i služi za sumiranje izveštaja učesnika i učesnica, te uočavanje tema koje su prisutne „na prvi pogled“ (Larkin et al., 2006). Koristan je i neophodan zbog isticanja značaja koji zapostavljeni glasovi ili nedovoljno istraživana iskustva imaju (Larkin et al., 2006). Na primer, opisivanjem nedovoljno poznatih aspekata iskustva vantelesne oplodnje emocionalno zahtevni aspekti ovog iskustva postali bi vidljiviji (diskrepanca između onoga što se očekuje i dobija od partnera; suočavanje sa porodicom nakon gubitka trudnoće, prolazak kroz iščekivanje testa na trudnoću). Međutim, empatični pristup smatra se suviše opreznim i ne predstavlja interpretativnu fenomenološku analizu u svojoj kompleksnosti. Uz razumevanje i deskripciju iskustava, IFA podrazumeva i kritički osvrt na to postoji li još nešto što se dobija iz materijala, čega su možda učesnici i učesnice manje svesni (Smith & Osborn, 2007). Ovo bi značilo i analizu iskustava u skladu sa društvenim okolnostima, mehanizmima i narativima, ideološkim pozicijama i slično. Iako se pretpostavlja da je ono što učesnici i učesnice govore u vezi sa time šta doživljavaju, može se pretpostaviti da ova veza nije uvek sasvim jednostavna, i u tom slučaju, kritička interpretacija čini važan deo posla istraživača ili istraživačice (Smith & Osborn, 2007). U slučaju ove studije, bilo je važno postaviti pitanje zašto se učesnice osećaju na neki način ili zašto o nekim aspektima iskustava govore služeći se određenim tehnikama. Na primer, na koje načine i zašto sebe distanciraju od drugih žena koje prolaze kroz isto iskustvo, zašto biraju klinike koje biraju ili ulaze u novi postupak. Odgovori na ova pitanja nisu uvek transparentni i dostupni u njihovim izveštajima (jer mogu biti nedostupni i njima samima). Zato je neophodno uključiti i analizu njihovog neposrednog ali i šireg društvenog konteksta koji nudi kontekst za interpretaciju.

Na primer, iako se u izveštajima učesnica ove studije može uočiti tema „mandata majčinstva“, ona nije zasićena sasvim istim sadržajima kod svih te se može na različite odgovoriti na pitanje – zašto je majčinstvo važno. Empatičnim pristupom se može doći do nekih razloga koje su učesnice i same prepoznale, kao što je ostvarenje rodne uloge ili porodični pritisak, međutim kritičkim pristupom se može ukazati na društvene, nasuprot individualnim mehanizmima putem kojih se rodni identitet žena gradi oko uloge majke. Takođe, budući da su istraživači i istraživačice takođe osobe koje istražuju u nekom socijalnom kontekstu, neophodno je razumeti da su njihove perspektive deo rezultata istraživanja (Larin et al., 2006). Zbog ovoga se uključuje i refleksivnost kao praksa – kako bi socijalna pozicija istraživača i istraživačica okviri za interpretaciju bili eksplicitno identifikovani. Na primer, u slučaju podele kućnih poslova dok je ženi preporučeno mirovanje nakon ginekološke intervencije, uloga muškarca i način na koji partneri komuniciraju podelu poslova bi se sasvim drugačije moglo tumačiti iz perspektive porodične terapije i disfunkcionalnosti, i perspektive feminističkih teorija. Ukratko, budući da su istraživačke odluke neodvojive od pozicija i perspektiva istraživača i istraživačica, čini se da je time i svaka fenomenološka analiza nužno interpretativna i kritička (Vilig, 2016). Shodno ovome, sledeći odeljak posvećen je refleksivnom osvrtu istraživačice.

Refleksivni osvrt

Refleksivnost spada u istraživačku praksu karakterističnu za kvalitativni metod, gde istraživačica promišlja ulogu koju ima u istraživanju i različite pretpostavke koje vode istraživanje i analizu materijala. Ističe se da ova praksa može doprineti kredibilitetu studije jer uključuje analizu perspektive istraživačice i njene socijalne pozicije koje imaju ulogu u oblikovanju materijala i interpretacija (Rutherford, et al., 2012). Po uzoru na predlog Andree Duset (Doucet, 2008) izdvojiću tri osnove vrste refleksivnosti i prokomentarišaću svaku od njih iz perspektive istraživačice u ovoj studiji.

Prvo, važno je da uočim i promislim o svojoj socijalnoj poziciji i motivaciji za pisanje ove studije (Doucet, 2008; Smith, 1995). Za upuštanje u istraživanje vantelesne oplodnje motivisalo me je prethodno profesionalno iskustvo istraživanja ženskih reproduktivnih iskustava (abortusa i porođaja) kao i njihovog tretmana u medicinskim ustanovama (Skočajić & Stanković, 2020; Stanković et al., 2017). Uz to, motivaciju za ovo istraživanje čini i zajednica istraživačica u lokalnom kontekstu koje objavljuju radove na temu reproduktivnih, i drugih iskustava žena (Pantović, 2021; Sekulić, 2015; Stanković, 2024). Ta prethodna profesionalna iskustva i odnosi usmerili su me ka istraživanju ženskih iskustava zato što su ona marginalizovana, specifična, kao i zato što je konkretno žensko iskustvo na koje sam se usmerila sve češće, a u najvećem broju slučajeva bolno i sa neizvesnim završetkom. Povećanje vidljivosti, razumevanje različitih pozicija, ali i kritička analiza mandata majčinstva i mandata lečenja neplodnosti vodile su moj istraživački proces. Ne postoje drugi interesi koji su motivisali ovo istraživanje, makar meni nisu očigledni, mada Dusetova ističe značaj otvorenosti za to da ni samim istraživačima i istraživačicama nije uvek poznata potpuna motivacija za istraživanje (Doucet, 2008). Istovremeno, s obzirom na to da moje lično iskustvo ne odgovara temama koje su mi u istraživačkom fokusu, preda mnom se nalazio složen emocionalni rad „površinske glume“ (Carroll, 2013). Iako su bolna ljudska iskustva dovoljna za saosećanje bez obzira na to što izostaje poistovećivanje koje se oslanja na lično deljenje iskustva, važno je da naglasim da u nekim trenucima nisam dovoljno dobro razumela pozicije svojih učesnica, makar u prvi mah. Ujedno sam u svakom trenutku morala da ponudim izraz pun razumevanja i saosećanja, iz etičke dužnosti, i kako ne bih narušila odnos poverenja koji sam izgradila sa svojim učesnicama.

U skladu sa ovim, dolazim do drugog aspekta refleksivnosti, što je odnos sa učesnicama. Činjenica da ne delim njihovu poziciju i da sam u većini slučajeva (osim u dva) bila mlađa od njih

važna je za istaći – priče koje su mi pričale, iako nastale u neformalnom i prijatnom okruženju, bile su oblikovane time koliko su one želele da ih podele sa nekime ko je „izvan“ njihovog sveta. Ipak, ova studija bavi se ličnim iskustvom i podrazumeva ulazak u razgovor sa osobama koje sa mnom treba da podele veoma intimne i potencijalno problematične i bolne aspekte svog privatnog života. Ovakve teme smatraju se “osetljivim temama” u psihologiji i pozivaju na posebnu vrstu istraživačke odgovornosti. Ova odgovornost prevazilazi uobičajena etička načela anonimizacije, informisanog pristanka i standarda diseminacije rezultata. Upuštanje u intervju kada je reč o ovakvim temama znači i angažovanje resursa poput aktivnog slušanja, pokazivanje saosećanja uz održavanje profesionalnosti, ali i pružanja podrške i brige o sagovornici (Carroll, 2013). Svakako su sve ove strategije neophodne za održanje odnosa poverenja sa učesnicama. Želim da podvučem da su moj rod i godine igrale ulogu u uspostavljanju i održavanju prijatne i opuštene atmosfere tokom intervjua, mada sam težila da održavam ravnotežu između profesionalnosti i neformalnosti situacije, kakva je razgovor između dve žene o intimnim temama u kontekstu istraživanja. Takođe, iako je intervju u nekim trenucima mogao izgledati kao neformalni prijateljski razgovor, za mene je bilo važno da teme u nekoj meri usmeravam i insistiram na pojašnjenjima, te postavljam intimna ili intruzivnija pitanja. U nekim intervjuima ovo je moglo izazvati neprijatnost kod učesnica. Na primer, budući da su se intervjui uglavnom odvijali onlajn i one su bile u životnom prostoru koji dele sa drugima, moguće je da neke od najintimnijih detalja nisu bile sklone da podele, kako ih drugi ne bi potencijalno čuli. Međutim, ovo ostaje na nivou pretpostavke jer ni jedna od žena nije prokomentarisala da joj je u bilo kom delu intervjua nelagodno, sve su se rado odazivale na pozive za naredni intervju, a iz sadržaja intervjua vidi se relativna otvorenost sa kojom su pristupale.

Kada je reč o odnosu sa učesnicama u fazi analize materijala, napomenuću prirodu metoda koji sam izabrala, koji podrazumeva pažljivo osluškivanje načina na koji učesnice govore o sebi i drugima, kao i dubinsko i ponovljeno sagledavanje materijala, čime ću pokušati da njihova iskustva iznova sagledavam u kontekstima u kojima su nastajala, bez objektivizacije i otuđenja od žena sa kojima sam razgovarala.

Na kraju, Dusetova (Doucet, 2008) predlaže analizu odnosa sa potencijalnom publikom. Moja ideološka pozicija istaknuta je više puta – studija se oslanja na dugu tradiciju istraživanja ženskih iskustava i feministička razmatranja ovih iskustva. Studija je namenjena akademskim krugovima u kojima će se verovatno i čitati. Njena snaga – kritički pristup vantelesnoj oplodnji, čini i njenu slabost u kontekstu korisnosti koju ima za žene koje se sa vantelesnom oplodnjom suočavaju. U tom smislu, analiza je pisana imajući u vidu baš akademsku publiku i potencijalnu korist za dalje kritičko promišljanje praksi u vezi sa lečenjem neplodnosti.

Rezultati istraživanja

Ovde će biti predstavljeni rezultati interpretativne fenomenološke analize sprovedene nad transkriptima 45 održanih dubinskih intervjua. Nakon identifikovanja sitnijih značenja (kodova), podaci su analizirani na dva nivoa: najpre identifikujući krupne kontekste u čijim okvirima se odvija vantelesna oplodnja i koji svojim karakteristikama oblikuju iskustvo žena – npr. socijalni kontekst pre ulaska u lečenje neplodnosti, medicinski kontekst, partnerski odnos. Ovi aspekti iskustva su i pre početka analize bili poznati i intervju je prema njima u izvesnoj meri bio i organizovan. U drugoj iteraciji, identifikovane su teme koje su zajedničke učesnicama a koje prožimaju ove kontekste i sa njima se preplicu – npr. uloga koju žene uzimaju u navigiranju kroz svoje iskustvo, višestruko opterećenje žena i šta znači „živeti vantelesnu oplodnju“, te kako se vantelesna oplodnja sprovodi na ženskom telu. Javljanje ovih tema se u nekoj meri anticipiralo iz literature, ali su se one spontano javljale u njihovim narativima i uglavnom im bile zajedničke. Poglavlja u analizi organizovana su uzevši obzir oba nivoa – neki konteksti su toliko značajni za iskustvo da zaslužuju svoje posebno mesto u ovoj studiji, kao na primer, medicinski kontekst.

Rezultati analize organizovani su u pet poglavlja. Prvo poglavlje se tiče suočavanja sa neplodnošću i osvrnuće se na kontekst, socijalni i psihološki, koji prethodi iskustvu vantelesne oplodnje. U okviru tog konteksta bilo je značajno analizirati životni tok učesnica, životnu fazu u kojoj se suočavaju sa neplodnošću, zatim identitetske izazove i napore da se čitavo iskustvo objasni i razume.

Drugo poglavlje čini centralni deo ove studije. U njemu su analizirane karakteristike postupka koje svojom zahtevnošću dominiraju u narativnima učesnica, opterećenje koje one osećaju i kako ih to opterećenje prožima telesno i emocionalno. U okviru ovog poglavlja analizirani su i emocionalni procesi karakteristični za iskustvo vantelesne oplodnje, kao i iskustvo neuspeha odnosno gubitka u vantelesnoj oplodnji.

Treće poglavlje posvećeno je ulozi koju žene imaju u navigiranju kroz iskustvo vantelesne oplodnje. Uzete su u obzir specifičnosti ovog iskustva i prostori u kojima žene imaju manje ili više slobode za manevrisanje. Posebno je analizirana njihova uloga u nošenju sa svojim emocijama i očekivanjima, a zatim i njihova praktična uloga u navigiranju kroz medicinski kontekst.

Četvrto poglavlje posvećeno je neposrednom društvenom okruženju žena koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju. Analizirane su reakcije i očekivanja okruženja, te kako adekvatna podrška pomaže u prevladavanju stresa izazvanog vantelesnom oplodnjom. Posebna pažnja u ovom poglavlju posvećena je ulozi partnera i partnerskom odnosu.

Na kraju, peto poglavlje ove studije posvećeno je medicinskom kontekstu. Iako se iskustvo vantelesne oplodnje u izvesnoj meri doslovno odvija u medicinskom kontekstu te je on deo i svakog prethodnog poglavlja, na ovom mestu su posebno analizirani načini na koje upravo taj kontekst otežava ili ublažava teret iskustva vantelesne oplodnje.

1. Psihološki i socijalni kontekst žena u vantelesnoj oplodnji

Iako se sa neplodnošću suočava relativno veliki broj parova i vantelesna oplodnja je, medicinski ali i društveno, prihvaćen način njenog lečenja, ovo iskustvo ima svoje socijalne i psihološke specifičnosti kojima će biti posvećen veliki deo ove studije. U njenom fokusu je iskustvo vantelesne oplodnje, međutim, razumevanje tog iskustva nije moguće bez razumevanja okolnosti koje su do njega vodile i okolnosti u čijim okvirima se i dešava.

Ovo poglavlje posvećeno je analizi socijalnog konteksta i psiholoških procesa koji prethode ulasku u vantelesnu oplodnju. Deo ovog socijalnog konteksta čine i zdravstvene politike u našoj zemlji, u kojoj se neplodnost medicinski prepoznaje i dijagnostikuje i gde postoje, u našem slučaju, besplatni i neograničeni postupci vantelesne oplodnje za žene mlađe od 45 godina, koje su u heteroseksualnoj partnerskoj zajednici. Taj aspekt socijalnog kontekst je detaljno analiziran u poglavlju *Vantelesna oplodnja – medicinski i socijalni kontekst*.

U nastavku biće analiziran nešto neposredniji kontekst učesnica ove studije – starost, obrazovanje, životna faza i faza partnerstva za žene koje se suočavaju sa neplodnošću. Kako žene reprezentuju smenu životnih faza i kako promišljaju svoje planove i naredne razvojne zadatke analizirano je u odeljku *Proširenje porodice kao razvojni zadatak*. Znajući da je navikavanje na odlaganje životnih planova proširenja porodice važno za dalje osmišljavanje celog iskustva, ovaj odeljak analizira šta se sve dogodi i šta sve žene doživljavaju neposredno pre ulaska u vantelesnu oplodnju.

Dalje, u suočavanju sa neplodnošću suoče, žene preispituju dotadašnje pretpostavke o sebi, svojoj rodnoj ulozi i partnerskom identitetu. Odeljak *Neplodnost i identitet* analizira uticaj koji dijagnoza neplodnosti i uopšte teškoće da se trudnoća ostvari imaju na lični identitet žena, na to kako vide svoj partnerski odnos i kako karakteristike okruženja utiču na ova preispitivanja.

Na kraju, u odeljku *Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti* biće analiziran prvi ulazak u medicinski kontekst, psihološke potrebe žena da razumeju uzroke za odsustvo spontane trudnoće i uloga medicinskih radnika u osmišljavanju ovog iskustva.

1a. Proširenje porodice kao razvojni zadatak

Kada je reč o neposrednom kontekstu u kojem se odvijaju postupci vantelesne oplodnje, neki aspekti su očigledni i unapred poznati u izvesnoj meri. Karakteristike partnerstva u kojima se žene u vantelesnoj nalaze, delom proizilaze iz uputstva RFZO-a – na vantelesnu se upućuju oni koji su iscrpeli druge mogućnosti za začetak trudnoće (najpre spontane odnose, a zatim, u zavisnosti od lekara u primarnoj zaštiti, ciljane odnose i inseminacije). Dalje, proizilaze iz ciljeva ove studije – njen predmet upravo su bile žene u heteroseksualnim partnerstvima koje na vantelesnu oplodnju i kreću usled neplodnosti a ne, na primer, radi ostvarivanja prava na roditeljstvo van partnerstva ili očuvanja fertiliteta. Drugim rečima, da bi se učesnice ove studije susrele sa medicinskim kontekstom i postupcima lečenja neplodnosti, one su sa svojim partnerima više godina (nikad manje od tri, a nekad i više od 10), i dovoljno dugo „pokušavaju“ da ostvare trudnoću. Ovo nije bio slučaj samo sa jednom učesnicom, čiji put lečenja neplodnosti je nešto drugačiji od drugih – njeno partnerstvo nije dugotrajno ali je došlo u kasnim tridesetim godinama i pod pritiskom vremena i usled dijagnoze endometrioze, ona je odlučila da nakon tek nekoliko meseci pokušavanja, samostalno finansira vantelesnu oplodnju. Ukratko, partnerstva su uglavnom višegodišnja, bez obzira na to da li su formalno u braku, žene žive sa svojim partnerima i planirale su porodicu sa njima.

U ovom poglavlju biće reči o životnoj fazi učesnica – planiranju trudnoće i porodice, odlaganju životnih planova koji se dešavaju u spletu drugih neizbežnih životnih okolnosti, kao i o postepenom uviđanju da je ulazak u medicinski kontekst neophodni korak u ostvarivanju trudnoće.

Neposredni kontekst učesnica ove studije čini i njihova socijalna pozicija. Treba istaći da su žene u uzorku obrazovane i često su iz velikih gradova (Beograd: 6, Kragujevac: 2, Novi Sad: 1:, Niš: 4) ili u njima rade. Žene iz manjih gradova (njih sedam) su, u skladu sa obrazovanjem i socioekonomskim statusom, upućene na veće gradove poslom, porodicom ili interesovanjima. Na kraju, sve su morale biti upućene u velike gradove za vantelesnu oplodnju¹⁶. Najmlađa učesnica u trenutku svog prvog intervjua je imala 29 godina, što govori o tome da su u nekoj meri i profesionalno ostvarene, ili bar materijalno osigurane. Većina njih je svoje razvojne zadatke mimo proširenja porodice u izvesnoj meri ostvarila. Ovo ne važi za svaku ženu u uzorku – neke su između poslova ili se dodatno usavršavaju, međutim, time ne rešavaju egzistencijalna pitanja već rade na poboljšanju svojih životnih uslova. Proširenje porodice je razuman i prirodan sledeći razvojni korak o čemu govore naredni citati dve učesnice. Iako postoji mali starosni jaz između njih dve, i iskustvo sa lečenjem neplodnosti im je značajno drugačije (jedna po prvi put ulazi u postupak dok je druga u petom postupku), one na sličan način vide zasnivanje porodice – kao produžetak njihovog partnerstva i podrazumevajući korak u toj životnoj fazi. Dodatno, samim tim što je kontekst našeg razgovora upravo to što se nalaze u postupcima lečenja neplodnosti, govori dovoljno o značaju koji u ovoj životnoj fazi pridaju trudnoći i deci – do tog trenutka su već artikulisale želju za proširenjem porodice i u lečenje krenuli baš sa tim partnerom.

*Prosto to nam je nekako bilo prirodno da to bude da kažem **kruna naše ljubavi** a prosto i on i ja decu volimo i to smo i želeli tako da to nam je nekako bilo prirodno da će se desiti. (Irena, 37, u petom postupku)*

*Pa on generalno jako voli decu i znam da je to njegova isto velika želja. **Značilo bi nam, mislim kao i svakom paru, svako ko uđe u brak mislim da negde ima da želi da čuva decu, da ih rađa da ih ima prosto. (Marijana, 31, u prvom postupku, 31)***

Trudnoća i planiranje porodice jesu značajni životni koraci za učesnice ove studije u trenutku kada su sa mnom razgovarale, međutim, one se razlikuju po tome kakvim putanjama su do tog koraka došle. Sa jedne strane, grupa učesnica prošla je kroz faze kada trudnoća nije bila prioritet, odnosno kada su se posvećivale ostvarenju materijalne sigurnosti, obrazovanju ili profesionalnom razvoju. Planiranje porodice u smislu njenog odlaganja, usled prioritizovanja drugih aspekata svakodnevnice, za neke od njih će figurirati u iskustvu kasnije kao element krivice, o čemu će više biti reči u drugim poglavljima. Naredna dva citata dolaze od dve učesnice vrlo sličnih godina, obe imaju prethodna iskustva vantelesne oplodnje iza sebe. Njih dve ističu značaj materijalne sigurnosti pre odluke o zasnivanju porodice.

Kad smo uozbiljili tu vezu, hajde da sredimo tu kuću, pa smo krenuli to zajedno da sređujemo. Pa kad smo sredili, kako sad da imam decu uz zidove ovakve. I sve, težili smo ka tome. (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

*Pa šta znam, nekako u početku stvarno nisam nešto preterano ni obraćala pažnju na to. Posebno što sam **u tom nekom periodu taman i dobila posao. Nisam bila dobila ugovor za***

¹⁶ Kao što je u pojašnjenju medicinskog i socijalnog konteksta navedeno, spisak klinika koje obavljaju vantelesnu oplodnju sredstvima RFZO-a se povećava, ali one se, sasvim očekivano, nalaze u urbanim centrima – dvanaest od ukupno dvadeset i tri je u Beogradu, četiri u Novom Sadu, po dve u Kragujevcu i Valjevu, po jedna u Nišu, Subotici i Leskovcu.

*stalno, pa sam nekako bila i kao okej, **bolje da se ništa ne dešava** jer ne znam kakva će situacija biti na poslu sa ugovorom i sve. (Hana, 38, u trećem postupku)*

Uvremenjenost planiranja porodice i koraci koji prethode planiranju porodice podređeni su ličnim istorijama, očekivanjima okruženja i životnim planovima. Dok su neke od žena svesno i u skladu sa svojim materijalnim mogućnostima odlagale porodicu, druge su „rano“, pri osnivanju partnerstva, pokazale nameru da se za trudnoću pripreme. Iako će o medicinskom okruženju biti više reči u kasnijim poglavljima, ovde valja istaći da, ukoliko su „premlade“, žene i u kontaktu sa ginekolozima bivaju diskreditovane ukoliko traže podršku da bi ostale trudne. Tada lekari procenjuju da je priprema za trudnoću nepotrebna i da je lečenje preuranjeno čak i ako je već prepoznat problem. Dve učesnice, starosno udaljene deset godina dele vrlo slično iskustvo preventivne posete lekaru.

*Posle nekih godinu dana pokušavanja sad otprilike ne mogu da zna tačno kad ali nekih godinu dana pokušavanja, tad je već počelo zašto neće, kako neće i to sve. i onda sam rešila da posetim ginekologa čisto da pitam šta treba da radim, koje analize te hormonske i to sve, čisto možda neki hormon i to nešto. (...) Taj ginekolog mi je rekao, prvo me je pitao koliko imam godina. Ja sam tad napunila 25 sam imala, punih. **On mi je tad rekao kao, šta očekujem, kao u 25 godina i ovo, kao ne zna ni zašto ga to pitam, kao idi kući i radite na bebi.** Ništa mi nije rekao, nije hteo ni da priča sa mnom dalje. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

*Ja se javim doktorki, kažem da se ja udajem, na primer, za dva meseca i da želim da imam decu, po mogućstvu, za nekih godinu dana, je l' mogu da dođem na neki pregled, šta treba da uradim od analiza. (...) **i ona meni kaže - bože svašta, idi kući imaj seks. Pošto znaš to je tako jednostavno. Ideš kući imaš seks.** (Monika, 39, u petom postupku)*

Drugim rečima, za planiranje porodice nekad je prerano, čak iako su se životno okolnosti „posložile“ tako da je to za žene očekivan naredni korak. Na osnovu ova dva iskustva može se postaviti i pitanje šta u medicinskom kontekstu planiranje porodice znači – osim jednostavno, upuštanja u seksualni odnos koji može dovesti do trudnoće („radite na bebi“ ili „imajte seks“). Međutim, koncept uvremenjenosti vrlo je delikatan. Iz perspektive nekih lekara, za planiranje porodice lako bude i prekasno, te su neke od učesnica svoje prve susrete sa medicinskim okruženjem i doživele kao okrivljujuće.

*I on je rekao šta sam ja sad došla, što me majka nije vaspitala da se ja ranije udam **nego sam sam sa 35 godina došla da radim vantelesnu.** (Irena, 37, u petom postupku)*

*Meni je doktor rekao: „**Vi treba da požurite zbog toga koliko imate godina**“. Ja znam koliko imam godina. Ja znam što sam možda neke stvari zapostavila i sve ostalo pre toga. I što je pre toga možda trebalo nešto da uradim ali što kažu ono, ja sam imala druge planove. Završavala sam fakultet, htela sam da nađem posao u struci. **Ja sad to vreme ne mogu da vratim. Malo su me te reči obeshrabrile s njegove strane.** (Maša, 43, u petom postupku)*

Ukratko, uvremenjenost planiranja porodice se ne može sagledavati samo u kontekstu ličnih životnih odluka i planova. Postoje okviri u kojima se odluke žena tumače i to uključuje i medicinski kontekst – šta je odgovarajuće vreme i šta su odgovarajuće godine. Prioritet koji se daje roditeljstvu i šta se smatra neophodnim uslovima za taj korak odrediće tačan trenutak kada će žene preuzeti aktivnu ulogu u planiranju trudnoće (na primer, posao, mesto stanovanja), međutim, bez obzira na taj trenutak, ulazak u partnersku zajednicu, početak zajedničkog života ili brak, u jednom ili drugom trenutku za njih je nužno značilo i planiranje porodice. Drugim rečima, za učesnice ove studije roditeljstvo jeste prioritet, ali čeka svoj trenutak i podrazumeva pripremu.

Kada planiranje porodice postane razvojni zadatak, na trudnoću se jednostavno računa – proširenje porodice se podrazumeva i očekuje se da će se do njega doći lako i spontano. Ovo potvrđuje nalaze iz literature koji ukazuju na to da zamišljanje budućnosti sa partnerom najčešće uključuje i zamišljanje dece, te da je iščekivanje prepreka sasvim retko (Cunningham & Cunningham, 2013; Franklin, 2002). Planiranje porodice u mnogo slučajeva znači samo odlaganje trudnoće dok druge okolnosti nisu rešene. Pretpostavka većine učesnica bilo je da planiranje porodice ne znači rad na ostvarivanju trudnoće, već da znači prestanak drugih aktivnosti koje su ih od trudnoće štitile. Budući da su imale kontrolu nad odlaganjem trudnoće, podrazumevale su da imaju kontrolu nad time kada će i ostati trudne (Daniluk, 2001; Mazor, 1978); Način na koji žene govore o tome uglavnom je „desiće se“ što oslikava očekivanje da neće podrazumevati nikakva posebna ulaganja.

*Eto, kažem, tri (godine), kažem, pre toga smo mi već živeli, nismo potencirali i onda u nekom trenutku smo ukapirali da se to ne dešava **samo od sebe**. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

*U braku smo 10 godina, na bebi smo počeli nekako, **to je sve bilo spontano. Rekli smo kad se bude desilo, desiće se.** (Kristina, 36, u trećem postupku)*

*Možda zato što je to znaš nekako skroz, da je to romantizovano, možda kroz filmove i ne znam ni ja šta. Kao jaoo dobijate dete, to je tako lepo da da da ha ha ha, a u stvari, znaš (kratak smeh) **Očekuješ sad da će to tebi da se desi da će to sve tako da bude iz neke ljubavi, ne znam ni ja čega.** I onda završiš na stolu za operaciju. (Andrea, 33, u prvom postupku)*

Iz prethodna tri citata, osim što se može primetiti i očekivanje da se do trudnoće dolazi sa lakoćom i spontano, primećuje se i inicijalno odsustvo zabrinutosti i straha u ovom pogledu, što može značiti i odsustvo informacija koje bi mogle da im nagoveste suprotno. Neke žene ipak imaju artikulisanu zabrinutost u ovom pogledu. Nekad, ona dolazi iz dijagnostikovanih stanja od ranije ili usled porodičnog konteksta – da su i drugi članovi porodice relativno kasno u životu dobili decu.

*I načelno sam negde već deo svog reproduktivnog života **bila svesna da to možda neće ići lako** (...) Ja sam sa 20, ja sad ne znam napamet ali evo lupiću, 25 imala dijagnostikovanu endometriozu. (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

*Suštinski ja sam negde to imala u glavi uvek zato što moji su mene mnogo kasno dobili. A ni rođeni ujak ni rođena tetka nisu imali dece pa je to nekako uvek bila meni **informacija koja mi je stajala u glavi kao, možda ne bude išlo lako, ali... i eto.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

Ono što u svim ovim slučajevima nedostaje je svesnost o drugim ženama kojima planiranje trudnoće nije palo lako, ili informisanje od strane lekara da do trudnoće ne mora doći lako. Drugim rečima, ukoliko ne vide trudnoću kao automatski proces, tako je zbog lične i porodične istorije, a ne zbog dovoljnog broja korisnih informacija koje dolaze iz okruženja ili od lekara. Uzevši u obzir podatak da se ipak svaka šesta osoba suočava sa nekim nivoom neplodnosti postavlja se pitanje da li su ovi slučajevi prikriveni, pa ih učesnice nisu svesne; ili su ih ipak svesne ali biraju da se ne oslanjaju na njih kao pravilo već kao na izuzetak. Više podataka ukazuje na to da zaista pre ličnog suočavanja neplodnošću nisu bile svesne ove mogućnosti o čemu će više biti reči u odeljku koji se bavi karakteristikama postupka iz njihove perspektive.

Već u analizi planiranja porodice i životne faze jasno je da postoje razlike između učesnica – slika sasvim spontanog očekivanja trudnoće nakon osnivanja partnerstva nije toliko jednostavna. Neke od njih su se bavile planiranjem trudnoće u ranijim fazama partnerstva, neke su trudnoću odlagale, neke su već razmišljale o potencijalnim teškoćama u proširenju porodice. Svima je zajedničko da su u svojoj budućnosti želele decu sa svojim partnerom i da su u trenutku intervjuisanja već uvidele da im je u tome potrebna medicinska pomoć. U ovo očekivanje takođe je

utkan i prioritet biološkog roditeljstva, koji je podržan i neograničenim, besplatnim postupcima vantelesne oplodnje i procedurom usvajanja koja je u javnosti percipirana kao izrazito duga i neizvesna („Ako želite da usvojite dete, pripremite se za dugu i nimalo laku proceduru“, 2023). Takođe, svima im je zajedničko da naporu koje su ulagale pre planiranja porodice, da uredi životne okolnosti i osiguraju bezbedno okruženje za dete (završetak fakulteta, pronalazak posla, adekvatnog partnera i ostvarenje materijalne sigurnosti) nisu ni u kakvoj u vezi sa time koliko brzo i spontano će porodicu ostvariti.

Uvid da do trudnoće ne dolazi i da je potrebno tragati za medicinskom pomoću se ne dešava naglo i iznenada. Parovi se nalaze u poziciji da identitet budućeg roditelja odbace, bar privremeno, ali dugo nisu u poziciji da se identifikuju sa ulogom pacijenta, ili sa ulogom osobe koja pati od neplodnosti. U uvodnom delu ove studije pomenuto je da zbog karakteristika lečenja neplodnosti, ova životna faza se naziva „limbom“ (Cunningham & Cunningham, 2013). Do uvida da je potrebno potražiti konkretno lečenje ili čak, da je potrebno krenuti na vantelesnu oplodnju dolazi nakon više meseci pokušavanja, uz redovna razočaranja.

I onda svakog meseca, žensko histerisanje kada dobijem. (Dunja, 32, u trećem postupku)

I sve si kao, težili smo ka tome, i ovaj, kad smo sve to uradili, hajde sad da pravimo decu, što je najprostije na svetu ali, ne, neće. (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

Nekada i produženo trajanje faze nezaštićenih seksualnih odnosa nije jedini niti dovoljan podatak o potencijalnoj neplodnosti. Do uvida da je možda potrebno potražiti medicinsku negu dolazi i uz posmatranje sveta oko sebe – prijatelja i drugih porodica koje se prividno lako i spontano proširuju.

Ono što je bio problem je taj moj osećaj da sve moje drugarice u Srbiji su već majke i ja nemam tamo šta da tražim. (...) Uvek je bilo kao, vratiš se i ima još nove dece i još nove dece. I onda počneš da se osećaš apsolutno neadekvatno. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)

Mislim da je ženama jako strašno što sad u tom nekom periodu kad ti praviš decu, i svi tvoji prijatelji prave decu. i sad ja sam svedočila da se rodilo dvadeset i nešto, dvadesetoro i nešto dece u našem bližem okruženju. (Andrea, 33, u prvom postupku)

Suočavanje sa proširenjem porodica u okruženju ne služi samo kao podsetnik na taj razvojni zadatak, već potencijalno vodi i isključivanju žena iz njihovog bliskog okruženja – one se ne mogu poistovetiti sa drugim ženama koje su majke, ili učestvovati ravnopravno u aktivnostima sa drugim roditeljima.

Moj brat ima dva sina. Kad pogledam, njima je već dosadno da dođu kod mene, zato što ja nemam decu s kojom bi se oni igrali. Mislim, a i oni su već veliki, 7 i 10 godina, imaju neke svoje svetove. Neće detetu interesantno da bude da dođe kod mene da sedi sa mnom i da priča. (Maša, 43, u petom postupku)

Ipak, ovo ne znači da planiranje porodice u tom trenutku preuzima sve kapacitete žena. Iako je nov i vrlo značajan razvojni zadatak, on nije jedini. Radi se o ženama koje su uglavnom u svojim tridesetim godinama te pitanja zaposlenja i napredovanja opstaju, a u skladu sa godinama, javljaju se i drugi razvojni zadaci, kao što je briga o (ostarelim) roditeljima. Drugim rečima, žene koje planiraju porodicu i u krajnjoj liniji prolaze kroz vantelesnu oplodnju istovremeno prolaze i kroz preseljenja, promenu posla, bolest ili smrt roditelja. Naredni citati oslikavaju kompleksnost životne

pozicije – iako trudnoća i proširenje porodice mogu biti psihološki prioritet, drugi životni zadaci ne ustupaju im mesto.

Prvo ta operacija, vanmaterična. Pa je otac preminuo, mislim ono, do mene je pao čovek i preminuo. Posle toga mi se razboleo brat. Sve su to neke stvari što kažu, život te šiba, tako i ono, moraš to da podneseš. (Maša, 43, u petom postupku)

Ali sve, i korona, pa onda, otac mi se razboleo, pa sve neki stresovi onda čovek pripisuje da je to zato. Pa smrt oca pa još u bližoj porodici sam imala neke smrtne slučajeve. (Jovana, 36, u drugom postupku)

Prvi put sam iskrenula nogu, drugi put njena majka premine (najbolje prijateljice) a treći put korona. Je l' moguće kad ja treba da krenem na vantelesnu da bude globalno neka bolest?! (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

Na osnovu ove dve ideje – da je planiranje porodice samo jedan od razvojnih zadataka u ovoj životnoj fazi, te da suočavanje sa neplodnošću nije jedan trenutak uvida već dugotrajan put kroz medicinski kontekst i istraživanje sopstvenog identiteta, može se ponuditi i tumačenje da neplodnost i njeno lečenje ne prekidaju životni tok već donose novo opterećenje na život koji svakako nastavlja da teče. Ovaj uvid stoji, u izvesnoj meri, u suprotnosti sa podacima iz literature (Franklin, 2002, Matthews & Matthews, 1986) koji insistiraju na tome da suočavanje sa neplodnošću učini da par sve svoje resurse uloži u rešavanje tog problema i da drugi aspekti života ostanu „na čekanju“. Iako je vidljivo da neplodnost zahteva resurse i promišljanje o ličnom identitetu i budućnosti, rezultati ove studije ipak pokazuju da se životne faze neupitno smenjuju – roditelji se razboljevaju i umiru, prijatelji dobijaju decu, profesionalne karijere se stabilizuju, sve uz vremensko, finansijsko i logističko opterećenje lečenja neplodnosti.

Smena životnih faza upravo je jedan od razloga za pojačano opterećenje tokom suočavanja sa neplodnošću a zatim i tokom prolaska kroz vantelesnu oplodnju. Učesnice ove studije su okružene drugima koji prividno sa lakoćom ostvaruju porodicu, suočene sa profesionalnom realnošću kakva god ona bila i na kraju, suočene sa idejom na naredni životni korak koji su želele da naprave, bar privremeno, neće moći. Ovo je potpuno nezavisno od njihovog socijalnog statusa – ulogu u tome da roditeljstvo postaje prioritet nema njihovo obrazovanje ili mesto stanovanja. Društveni kontekst je takav da se od heteroseksualnih partnera očekuje proširenje porodice i one to očekuju od sebe. Izneveravanje ovog očekivanja vrši pritisak na to kako vide sebe i svoje partnerstvo. U narednom odeljku biće analizirano upravo to kako žene vide neplodnost u kontekstu svoje životne faze – kako je to biti odrasla žena u stabilnom partnerstvu i materijalno sigurna, suočena sa problemima u ostvarivanju trudnoće.

1b. Neplodnost i identitet

Pre lečenja, žene prolaze kroz period razumevanja novonastale situacije – razumevanja sebe i svog identiteta i reevaluacije svoje neposredne budućnosti. Kao što je već bilo reči – trudnoća je bila sledeći životni korak za učesnice, iako nije kod svih figurirala na isti način. Neke među učesnicama su trudnoću svesno odlagale, nekima je samo bila privremeno periferna, ali kao što je već pojašnjeno, svaka od učesnica (osim jedne) već je bila u višegodišnjem partnerstvu sa osobama sa kojima su bliskoj budućnosti želele decu. Suočavanje sa neplodnošću nije kriza samo usled pukog odlaganja životnih planova. Ono vodi i preispitivanju sopstvenog identiteta, odnosno promišljanju rodnosti (ženstvenosti), braka i odraslog života.

*Generalno pričali smo otvoreno od starta o deci. **Ja sam oduvek želela da budem mama i imala sam viziju kako želim da moj život izgleda.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

Jedan od aspekata identiteta vredan analize upravo je rodni identitet. On se promišlja i na ličnom planu i kontekstu pritisaka koje žene osećaju, da potvrde svoju rodnu ulogu kroz majčinstvo. U narednom citatu, jedna učesnica se oslonila na analizu rodne socijalizacije, kako bi ilustrovala značaj koji trudnoća i odgoj dece imaju za žene ili lično za njih.

*Ali vi kad, od samog rođenja vas **nekako kao devojčicu usmeravaju svi oko da ćete vi jednog dana biti majka.** Krećete da se igrate sa barbikama i sa lutkama i nekako kasnije kad shvatite da to možda nije moguće prirodnim putem. To baš udara na psihu. **Mislim da žene to mnogo, pa ne tragičnije ali drugačije doživljaju od muškaraca.** (Marijana, 31, u prvom postupku)*

U našem društvu, već je utvrđeno, sposobnost žene da ostane trudna i da dobije decu smatra se značajnim (ako ne i centralnim) aspektom njenog rodnog identiteta. Suočavanje sa idejom da to nije moguće, kod žena može dovesti do preispitivanja pretpostavki koje su imale o sebi, a neke od tih pretpostavki su da je trudnoća za njih moguća, da je u njihovoj kontroli i da će sa svojim partnerom imati porodicu. Kada dođe do identitetskih preispitivanja u suočavanju sa neplodnošću, ona često sa sobom nose negativne reprezentacije – žene procenjuju sebe kao nedovoljno dobre jer ne ispunjavaju svoju biološku ulogu (Franklin, 2002; Todorova & Kotzeva, 2006). U literaturi ovo se naziva mandatom materinstva – obaveznim ispunjenjem uloge majke u životu odrasle žene, čak i kada se na drugim rodno stereotipnim očekivanjima ne insistira (eng. „the motherhood mandate“: Russo, 1979; Todorova & Kotzeva, 2003). Kod nekih učesnica prisutan je vrlo očigledan i snažan primer ovakvog promišljanja ličnog identiteta. Iako je više učesnica u različitim trenucima izražavalo nezadovoljstvo sobom ili preuzimalo odgovornost za neplodnost, naredni citat to ilustruje na najintenzivniji način – osim što pokazuje kako se identitet doživljava na ličnom nivou, najavljuje i to kako se u široj zajednici ovaj identitet vidi (u ovom slučaju, u pravoslavnoj crkvi). Naredni citat dolazi od učesnice koja se približava četrdesetoj godini i koja prolazi kroz svoj peti postupak vantelesne oplodnje.

*Ja sam nerotkinja znači, eto to me uznemirava. Odeš u manastir i oni čitaju molitvu za nerotkinje. **Ja nisam čovek, ja sam nerotkinja. Ja nisam žena razumeš, ja sam nerotkinja.** (Monika, 39, u petom postupku)*

Suočavanje sa neplodnošću podstiče žene da preispituju svoj identitet u kontekstu različitih reproduktivnih zadataka koje žene imaju – od trudnoće, do porođaja i dojenja.

*Ja sam imala osećaj nekako da, da sam ja prosto se **pretvorila u nešto jalovo, kao drvo.** To je bio moj osećaj. **Da te moje grudi nikada neće nahraniti neku bebu, da, one nemaju svrhu, da ja nemam svrhu.** Ako je to to, da ja nikada neću saznati kako je to, hraniti bebu. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja).*

Takva promišljanja nisu svojstvena samo ženama koje se duže vreme suočavaju sa neplodnošću (Monika i Azra su u kasnim tridesetim godinama). Čak i značajno mlađe učesnice, i to na početku postupka sagledavaju svoj identitet na sličan način. Čini se da ovo promišljanje nije rezultat samo vremena koje prolazi i brige da se umanjuju šanse za roditeljstvom, već je za neke žene ono automatska posledica suočavanja rodnog identiteta sa neplodnošću.

*Krivica, pa, sve po malo. Sve po malo. I, tuga i ne znam i kao ono **da niste toliko kompetentna žena.** Imate drugarice, kolege prijatelje, koji kao: „A to smo mi“ kao, tipa, „sredili za čas“. Onda kao, onda naravno preispitivanje, što je sad to meni moralo da se desi. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Žene razmišljaju o svom rodnom identitetu i kada analiziraju kontekst u kojem se nalaze – na primer, u poseti lekaru. U skladu sa socioekonomskim statusom, ukoliko se susretnu sa pritiscima ili okrivljavanjima, ženama nije strano povlačenje granica. Dakle, nekada otvoreno a nekada u ličnom promišljanju, one svoju ženstvenost tumače i nezavisno od sposobnosti da dobiju dete, te ne dozvoljavaju da ih poruke okruženja u ovome poljuljaju. Drugim rečima, iako je neplodnost svakako povod za promišljanje rodnog identiteta, ne znači da će kod svih žena on biti poljuljan.

*Kao, ja zaista smatram, jeste cilj da budem majka, ali nije samo to. **Žena je na ovom svetu došla da bude žena, ima ulogu majke i to je sve super i treba da se desi ali ukoliko se ne desi, ne treba, mislim ne trebaju ti lekari ili bilo ko, da gledaju na ženu kao, na nekoga ko samo treba da rodi i ako ne rodi, da ne bude toliko bitan.** (Kristina, 36 u trećem postupku)*

Istovremeno, granice koje povlače nekada su tu za njih lično, a nekada su tu da iskažu društveni stav koji prevazilazi ličnu životnu krizu. U narednom citatu jedna učesnica ilustruje tesnu vezu između majčinstva i rodnog identiteta, ali istovremeno ostavlja prostor za to da nije ova veza podjednako snažna za sve.

*Mislim takođe, ja iskreno, volela bih da imam dete, zato što mislim da, **ostvarila sam se možda na poslovnom planu, ostvarila sam u ulozi žene manje više ali htela bih da imam dete.** Mislim, to je prosto moj stav. Poštujem i one koji kažu pa dobro ja ne želim da čuvam dete, meni je to sasvim u redu. Svako bira kako će da živi. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Iako to ne spada u domen ovog rada, ne treba diskusiju o identitetu završiti bez osvrta na to da želje, koje se ženama javljaju kao privatne i lične (želja za detetom i proširenjem porodice), ipak jesu nastale u kontekstu koji praktično insistira na ostvarenju biološkog roditeljstva u odrasлом životu, naročito za žene. Namera ove studije nije da preispita autentičnost potrebe da se postane roditelj, već da se skrene pažnja na kompleksnu, ličnu ali i društvenu, prirodu pitanja rodnog identiteta u kontekstu neplodnosti. Drugim rečima, nije ni slučajno ni spontano to što žene vezuju rodni identitet sa postajanjem biološkom majkom.

Zanimljivo je prokomentarisati i promišljanje o odnosu prirodnog i spontanog, sa medicinski podržanim. Jedna od tema koje su se pojavile kod učesnica je i žaljenje zbog nemogućnosti da “nešto prirodno” kao što je trudnoća, ostvare samostalno, bez upliva medicine. Ovo se nastavlja na pitanje identiteta žene, koji je u njihovom sistemu uverenja pre suočavanja sa neplodnošću podrazumevao i sposobnost ostvarivanja i nošenja trudnoće, te rađanja deteta. Ideja da im pri ostvarivanju trudnoće treba pomoć nauke, tehnologije i medicine smatra se neprirodnom i u suprotnosti sa njihovom biološkom ulogom. Ovo preispitivanje, opet, nije u vezi sa brojem prethodnih postupaka ili godinama. Kao što se vidi iz narednih citata – žene i bez mnogo negativnih iskustava osećaju snažnu frustraciju usled nemogućnosti da spontano ostanu trudne.

*Ja sam sve to doživljavala kao da meni nešto fali, svoj lični poraz, neuspeh, i tako dalje... **Zašto ja sad ne mogu neku prirodnu stvar da uradim prirodno, ako sam ja zdrava, prava, i normalna? Što ja sad moram da bacim silne pare na sve to?** (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*Ja ne znam. **Meni dete treba da da medicina.** Tako da ne znam šta da ti kažem - bespomoćnost, bes, su ključne stvari koje me vode kroz sve ovo. (Monika, 39, u petom postupku)*

*Mislim, **nešto što treba lepo odjednom da se desi, ja moram da idem da se bockam i kod lekara deset hiljada puta.** (Kristina, 36 u trećem postupku)*

Važno je primetiti da su ova promišljanja lična i u vezi sa time kako učesnice vide sebe i svoju rodnu ulogu. Iako su problemi u ostvarivanju trudnoće problemi sa kojima se suočava par;

iako su faktori koji otežavaju trudnoću nekada nepoznati; žene baš u svojoj ulozi vide neadekvatnost i neprirodnost. Proizvodnja jajnih ćelija, začetak i održavanje trudnoće njihov je zadatak, neplodnost je signal da se taj zadatak ne može spontano ispuniti a vantelesna oplodnja se jasno „meša“ u baš te (ženske) aspekte začetka trudnoće. Iako ulazak u vantelesnu oplodnju može biti rezultat čak i muškog faktora, njihova biološka uloga se ostvaruje na manje više sličan način (prosto: ejakulacijom), dok je ženska biološka uloga na udaru intervencija nedeljama ili mesecima pre trudnoće. Ukratko, ne može biti izostavljeno razmatranje o ideji da je preispitivanje ličnog identiteta žena između ostalog posledica i toga kako je lečenje neplodnosti osmišljeno. Drugim rečima, da je lečenje neplodnosti, uključujući i vantelesnu oplodnju, drugačiji proces, koji elegantnije ulazi u život žena, sa manjim brojem intervencija i kontrole njenog tela, možda bi i preispitivanje ličnog identiteta žena bilo drugačije.

Ipak, osim ličnog identiteta, u nekoj meri se razmatra i funkcija partnerske zajednice. Neke od učesnica u svom iskustvu imaju i ovo promišljanje, kao što je i prisutno u literaturi, koja je svrha partnerstva i njegovog trajanja, ukoliko nisu u mogućnosti da na spontan način prošire porodicu (Matthews & Matthews, 1986; Meyers et al., 1995). O odnosima sa partnerima tokom vantelesne oplodnje biće više reči kasnije, međutim na ovom mestu treba istaći situacije u kojima je suočavanje sa neplodnošću moglo imati negativne efekte po identitet koji ima par. Preispitivanje identiteta para dodatno potvrđuje da društveni kontekst insistira i podrazumeva ostvarenje biološkog roditeljstva, te da se bračna zajednica i dalje tumači kao nepotpuna, ukoliko je bez dece. Nekad su žene inicijatorke ovog preispitivanja, a nekad njihovi partneri, međutim treba istaći da do ovakvih preispitivanja može doći u različitim sociokulturnim kontekstima. Više žena, koje žive u različitim okruženjima, u različitim postupcima i različitim godinama isticale su da je budućnost partnerstva bila tema za razgovor tokom postupaka.

*Posle dve godine kad sam išla na prve analize, tad mi se pojavio osećaj šta ću da radim **kako ću da se suočim ukoliko postoji neka dijagnoza. Šta ćemo nas dvoje da radimo, i to sam i zaista iskreno pričala sa mužem.** Da vidim kako i on razmišlja. Mislim, zato što. U nekoj situaciji, ne i okolina, ja sam sebe preispitala, da ne mogu dalje, da li ja zaista hoću decu, da li ja zaista želim da ostanem sa tim čovekom, i ukoliko mi ne možemo da imamo decu, ukoliko nešto ne valja. (Kristina, 36 u trećem postupku)*

*Tako da mi je rekao da je njemu jako teško ali da mu je bilo teško uopšte da mi kaže, da mi kaže to. **Uglavnom, pričao mi je da je razmišljao i da se razidemo i svašta nešto.** Da mu je padalo i to na pamet, ali ovaj, dogovorili smo se na kraju da ćemo se boriti i dalje, i da ako ne budemo uspeli sa našim ćelijama da ćemo ići na donaciju i da ako ni to ne uspe da idemo i na usvajanje. (Irena, 37, u petom postupku)*

Treba takođe naglasiti da, iako se o budućnosti partnerstva razgovara, samo jedna žena je pominjala mogućnost razvoda. Njena pozicija bila je vrlo specifična, budući da je u prvom postupku vantelesne oplodnje imala tako ozbiljne zdravstvene komplikacije da je bila hitno operisana. Ona je nakon toga prioritizovala svoje zdravlje a partnerstvo i proširenje porodice ostali su na drugom mestu.

*Meni je samo prošlo kroz glavu, **bože ja sam mislila da je meni dete najveća želja na svetu. Znaš kao... Ne. Želiš da živiš.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

Iako vrlo značajna, tema očuvanja ili prekida partnerstva nije figurirala kod većine učesnica. Može se pretpostaviti da sa jedne strane ne zamišljaju budućnost bez dece jer veruju da će je zaista imati, dok sa druge strane moguće je ne dovode u pitanje svoje partnerstvo. Nezavisno od toga da li dovode u pitanje budućnost svog partnerstva, odnos sa partnerima nije bio nepromenjen i mnoge učesnice su se osvrtnale na kvalitet ovog odnosa, o čemu će više biti reči u narednim poglavljima, međutim, suštinsko preispitivanje svrhe i budućnosti partnerstva nije bilo toliko često.

Istovremeno, učesnice doživljavaju nepravdu, ne samo na ličnom nego na nivou partnerstva. Gledajući svet oko sebe, neke od učesnica istakle su da one sa svojim partnerom i materijalnim uslovima koje imaju, zaslužuju decu jer mogu da im pruže stabilan dom. Ovde se vidi delikatna ravnoteža između prirodnog i društvenog – uprkos svim ostvarenim psihološkim i socijalnim uspesima, njihova prirodna uloga ne može da se ostvari. Trudnoće drugih osoba, koje možda to nisu ni želele ili nisu tome posvećene, smatraju se dodatnim udarcem za osobe suočene s neplodnošću (Lemmens, 2004).

*Osećam kao nepravdu to što **moj suprug i ja stvarno imamo uslove da imamo decu** (...) i imamo jel' poslove (...) i mislim da smo dobri ljudi i da možemo da imamo dosta dece, i da možemo da ih izvedemo na pravi put, i da možemo da im pružimo svašta nešto, a da se nama to ne dešava. A neki ljudi koji su raznorazni nasilnici i imaju mnogo manje i sredstava i svega ovaaj, oni dobijaju decu lako.* (Andrea, 33, u prvom postupku)

Fale im informacije i ja sam bukvalno tu uhvatila sebe - žene ne znaju ni šta je jajna ćelija a čuvale su po troje četvero dece. Što je super! I ja bih tako volela. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Iz prethodnih citata vidi se značaj koji partnerstvo ima mimo roditeljstva i značaj koji mu žene lično pripisuju. Istovremeno, vide se i životne vrednosti („dobri ljudi“) koje ih definišu kao par i koje bi ih činile dobrim roditeljima. Deljenje ovih životnih vrednosti i izgradnja posebnog identiteta para može biti jedan od razloga zašto žene ne preispituju svoja partnerstva masovno, već je to slučaj sa tek nekoliko njih.

U promišljanjima o partnerstvu, vidi se zbunjenost i preplavljenost neočekivanom životnom situacijom, koja je unela pometnju. Očekivano, ovo uključuje i razočaranje i osećaj nepravde – svi koraci koje su u svojoj prošlosti preduzele kako bi se pripremile na trudnoću i porodicu sada ne igraju nikakvu ulogu u povećavanju šanse da će porodicu imati. Neke od učesnica su u perspektivi ovo i same analizirale – smatrajući da su paradoksalno, odlaganjem trudnoće zbog ostvarivanja materijalne sigurnosti, sebi potencijalno smanjile šanse za njenim ostvarenjem. Ovo je važno jer ipak umanjuje odgovornost koju one lično imaju – odluke koje su donesene na nivou partnerstva i identitet koji par ima (obrazovan, situiran) vide se kao potencijalni faktori u planiranju porodice i samim tim kao faktori koji su doprineli neplodnosti. Ova perspektiva se najbolje vidi u narednim citatima.

*Išli smo ono kao naivno, da sve rešimo prvo pa ćemo onda lako (...) Ni on nije bio spreman. Ne mislim na to da zasnuje porodicu sa mnom, nego on je isto ne mogu da kažem materijalista. Ali, neko ko želi da kockice da budu posložene. **Prvo sve da rešimo pa ćemo onda. I sada nam je apsolutno nebitno.** Sad nam je presmešno što nam je to bilo bitno uopšte. Da li imamo kuću da li nemamo.* (Snežana, 33, u četvrtom postupku).

*Mogli smo da imamo dete ranije nekada, nebitno. A mi smo bili, neću se udajem trudna hoću da budem zgodna, te slike mi treba da gledamo. Bože da l' sam ikada pogledala slike sa svadbe osim one dve što stoje negde uramljene i kod svekrve i kod majke onako negde. Znači realno ne znam. **Možda bi bilo sve savršeno da nismo čekali, a ne znam ni šta smo čekali.*** (Monika, 39, u petom postupku)

Kada je reč o ličnom i identitetu para, neplodnost udara na dva nivoa – prvi je prirodni i biološki, koji usled prirode reproduktivnog procesa, ima veći upliv i razmišljanja koja žene imaju same o sebi. Muškarci nisu deo ove studije i njihova promišljanja identiteta nisu bila empirijski ispitana, mada nalazi iz literature ukazuju na to da su rodni aspekti ženskog identiteta u većoj meri zahvaćeni majčinstvom nego što je to slučaj sa očinstvom i muškarcima. Sa druge strane, vreme koje je posvećeno razvoju društvenih aspekata identiteta preispituje se jer je potencijalno narušilo

spontanost u proširenju porodice – vreme posvećenu poslu, braku i slobodnom vremenu odložilo je planiranje trudnoće. Međutim, i na nivou društvenog, žene umeju da prepoznaju aspekte svog identiteta koji prevazilaze trudnoću i dete, a takođe, analizirajući svoje partnerstvo, ističu društvene aspekte koji ih čine dobrim ljudima i koji bi ih učinili dobrim roditeljima. Ukratko, iako se neplodnost i trudnoća vide kao biološki određeni, te je nemogućnost da se trudnoća ostvari udarac na identitet u biološkom smislu, društveni identiteti ženama nisu nevažni i iako se u nekoj meri preispituje redosled prioriteta, ipak bi igrali ključnu ulogu u roditeljstvu. Drugim rečima – biologija, je značajna za trudnoću ali društveni i psihološki status/napredak važni su za roditeljstvo.

1c. Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti

Za većinu učesnica, prvi uvid da do ostvarivanja trudnoće neće doći spontano dolazi nakon više meseci nezaštićenih seksualnih odnosa. Nekada se radi i o više godina, jer posvećujući pažnju profesionalnom ostvarenju ili pitanjima stanovanja, ne vide ostvarivanje trudnoće kao prioritet, uprkos tome što ne koriste zaštitu. Jedan od razloga za ovo, uslovno rečeno sporo, uviđanje problema leži upravo u viđenju trudnoće kao prirodnog, automatskog procesa koji se ne preispituje.

*Posle nekih možda godinu dana (od venčanja) smo krenuli i onda smo shvatili da ne ide. Pa nam je **trebalo još nekih godinu dana da uopšte shvatimo da to što se ništa ne dešava nije u redu.** (Irena, 37, u petom postupku)*

Prvi korak koji preduzimaju je odlazak kod ginekologa, što je sasvim očekivano i prisutno u literaturi – žene su prve koje odlaze lekaru, preuzimajući odgovornost za neplodnost i njeno lečenje (Throsby, 2004; Todorova & Kotzeva, 2003). Dalje putanje se značajno razlikuju u zavisnosti od baš tog pojedinačnog ginekologa – da li će poslati ženu na dalje analize, uključiti partnera, pomenuti mogućnosti inseminacije i vantelesne oplodnje... Može se pretpostaviti i da osmišljavanje celog iskustva bude u vezi sa prvim reakcijama lekara. Na primer, neki lekari uopšte ni ne spomenu dijagnozu steriliteta te žene ni ne budu u situaciji da o tome razmišljaju.

Krenuli smo sa nekim stvarima kao što su inseminacije ali još uvek doktor nije mislio da imamo problem sa sterilitetom nego kao malo da probamo nešto, da ubrzamo stvar i slično. (Monika, 39, u petom postupku)

Nema tu neke analize, nekog definisanja problema. (...) i mi smo tako godinu dana išli sa nadom da će to nešto da se reši. Kao ja idem, ja idem svake nedelje kod njega, radim ultra zvuke, pratim ovulaciju, znaš. (Angelina, 30, u prvom postupku)

Izabrani lekari na lokalnu nisu uvek obavešteni o uputstvu RFZO-a ili ne procenjuju da je vreme da ga uzmu u obzir. Ovo svakako menja očekivanja učesnica – ukoliko lekar odluči „da nešto proba, da ubrza stvar“, žena u tom okviru i razume svoje probleme, kao kratkotrajne i prolazne. Treba izneti i hipotezu da je ovo slučaj sa lekarima koji pružaju neku daleko od centara vantelesne oplodnje. Moguće je da ozbiljno razmatranje lečenja neplodnosti biomedicinskih tehnologijama i nije deo njihovog pružanja nege.

*U međuvremenu krećem kod tog specijaliste, pa pošto nije bilo adekvatnih ovulacija bez stimulacija, hajde da probamo sa stimulacijom. (...) Pregledi traju dva minuta, **radi samo ultrazvuk, folikulometrije...** (Sara, 36, u prvom postupku)*

*Čemu **procedura od dvesta godina da ti meni gubiš vreme** i da mi nabijaš godine, mislim, ako ja sad znam da ja to 'oću, daj ti to meni obezbedi. (Andrea, 33, u prvom postupku).*

Neupućenost i nepreduzimljivost lekara izaziva posebnu vrstu frustracije i teškoće da se iskustvo osmisli. Drugim rečima, kada ni lekari ne imenuju iskustvo i ne nude potencijalne naredne korake, žene ostaju bez resursa za razumevanje toga šta se događa. Na primer, Hana je u manjem mestu u Srbiji, iako je već imala 38 godina, dobila informaciju da mora da sačeka šest meseci pre nego što stupi u dalje postupke lečenja. Dunja (32) je kao prvu povratnu informaciju dobila da će u naredna tri meseca ostati trudna. Budući da se to dugo nije događalo, bez ikakve terapije i objašnjenja, obe učesnice su se našle u situaciji da preispituju korake koje su preduzele jer su retroaktivno razumele dodatno strpljenje ne povećava šanse da ostanu trudne već samo odlaže preduzimanje konkretnih koraka.

Odete tamo i oni vam kažu: „Mi ne znamo zašto vi do sada niste trudni“. Kad to čujete od dva-tri lekara, zapitate se šta vi radite pogrešno. (Dunja, 32, u trećem postupku)

Taj osećaj neadekvatnosti postoji i kada doktor kaže: „Sve je u redu“. Ti si svesna da je tu nešto falično, da tu nešto ne valja, a onda ti doktor kaže da je sve u redu. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)

Uz ovo, treba podsetiti i na reakcije lekara u vezi sa uvremenjenošću traganja za postupcima pripreme ili lečenja, koje dodatno ili usporavaju ili obeshrabruju žene u svojim namerama da ostvare trudnoću i dobiju adekvatno lečenje.

Prethodno razmotrena iskustva sa medicinskim osobljem značajna su za razumevanje načina na koji njihove reakcije oblikuju osmišljavanje celog iskustva – da li se kategorizuje kao neplodnost i kako se to razume. Karakteristike medicinskih ustanova i odnosi koji se sa lekarima formiraju značajni su za celokupno iskustvo vantelesne oplodnje i njihova uloga prevazilazi hvatanje u koštac sa dijagnozom. Medicinskom kontekstu i odnosu sa lekarima biće posvećeno poslednje poglavlje u ovoj analizi.

U prvoj fazi susreta sa neplodnošću, a naročito ulaska u medicinski kontekst, izražena je potreba žena da ovo svoje iskustvo objasne, odnosno da pronađu razlog za teškoće u ostvarivanju trudnoće, uzrok i dijagnozu. Rečima jedne od učesnica – ukoliko postoji identifikovan problem, onda će postojati i set koraka ka njegovom rešavanju. Kada nema dijagnoze ili problema, teško je razumeti dalju putanju lečenja.

U stvari, možda sam ja tražila problem, jer kad imate problem vi možete rešiti taj problem. Ali kada problem ne postoji, mislim da je to mnogo teže. (Kristina, 36 u trećem postupku)

*Međutim on meni ni u jednom trenutku ne kaže šta je problem, kod nas. I onda sam počela već onako malo da se nerviram kao okej, to ide postepeno, ali već godinu dana smo mi tako ovaj išli. Onda je već sam bila u fazonu okej ovo nema nikakvog smisla. Prvo što nema nikakvog efekta, mi nismo stigli ni do inseminacije u roku od tih godinu dana a kamoli do nečeg ozbiljnijeg. I kažem, **nisam imala dijagnozu što je meni bilo apstraktno, da može neko godinu dana da me leči a nemam dijagnozu.** (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Susretanje sa dijagnozom donosi izvesno olakšanje i nadu da lečenje tog problema može dovesti do trudnoće. Žene polažu nade u ispravnost dijagnoze i njen značaj za dalji tok lečenja. Treba istaći da se ovde ne radi o dijagnozi steriliteta nego o uzroku steriliteta. Nekad su pružene dijagnoze zaista direktno u vezi sa nemogućnošću da se začne trudnoća, na primer loš nalaz spermograma za muškarca, ili prošireni/zapušeni jajovodi kod žene. Međutim, nekad su pružene dijagnoze tek hipoteze koje mogu pružiti ženama nadu da će njihovo razrešavanje pomoći, ali za učesnice u ovoj studiji to nije bio slučaj. Uprkos identifikovanim problemima kao što su policistični jajnici, insulinska rezistencija, trombofilija ili uvećan prolaktin, tehnike rešavanja ovih problema nisu pomogle u ostvarivanju trudnoće.

*E onda kad su mi rekli okej, **imaš to, proširene jajovode i to, onda sam rekla okej, konačno, imamo problem, sad ćemo da ga rešimo.** I to meni je na primer kad su mi to rekli, taj problem, dijagnozu šta god, to mi je bilo olakšavajuće. Jer nekako konačno smo našli o čemu se radi i sad ćemo da radimo na rešavanju problema. (Hana, 38, u trećem postupku)*

*U suštini ova doktorka kod koje sad idem **ona je meni našla dijagnozu posle drugog odlaska kod nje i to mi nekako uliva sigurnost (...)** Jeste uvećan prolaktin, znači to je jedino što je meni u suštini remetilo ceo ciklus. Jeste taj uvećani prolaktin koji sad pod kontrolom već mesecima. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Susretanje sa nekom vrstom dijagnoze ili preporuke aktivira ciklus nadanja i razočaranja, jer svaka vrsta medicinskog problema ili saveta može se doživeti kao konačno razrešenje poteškoća. Budući da nisu medicinske radnice, žene ne prepoznaju uvek da su neke dijagnoze direktnije a neke manje direktno u vezi sa uspešnošću ostajanja trudnom ili uspešnošću vantelesne. Na primer, u literaturi ne postoji jasna negativna veza između nivoa prolaktina i uspešnosti vantelesne (Iancu et al., 2023).

Oslanjajući se na literaturu, jasno je da bi poznavanje problema ženama pružilo način da prevladaju i svoje poteškoće ali i stres na direktan način – kontrolabilni izvori stresa lakši su za prevladavanje (Gourounti et al., 2012; Milovanović, 2018). U narednim citatima vidi se sa kojim značajem se tumači svaka vrsta dijagnoze i kakav ciklus nade aktivira.

*Rešimo mi sve i tu cistu i endometrijum i sve smo rešili, **i ja sam bila ubeđena da je to to i on (lekar) je bio ubeđen.** (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

***Bila sam ubeđena da je to problem, da ovaj mi smo promašili ovulaciju, da zato ne ostajemo trudni, ja sam bila ubeđena da ćemo mi od toga da ostanemo trudni znaš, posle tih ciljanih odnosa.** (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*On je otišao da uradi spermogram i doktor kaže: „Jako slabo, imate 12 komada“. **A nama oči ovalike! Nije nula, ima nešto!** Čak i od tih 12 ako pola ne valja, nisu razvijeni i to, opet super. (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)*

Ipak, za većinu učesnica nije pronađena nikakva vrsta dijagnoze što donosi poseban osećaj nemoći i frustracije, jer nema konkretnog „neprijatelja“ sa kojim se mogu suočiti. Stoga su i naredni koraci nejasni, budući da nisu uverene sa čime treba da se uhvate u koštac.

*Rekao sve je u redu, jajovodi su savršeni 100% prohodni sve je super. Ja sam takvu grimasu napravila, bukvalno mi je čovek rekao, ti si jedina osoba koja ovako reaguje na najbolje vesti **jer sam ja bila ono, neka budu zapušeni samo da znam, idem na VTO i to je to, nađite mi nešto.** (Mitra, 29, u trećem postupku).*

*On je meni tokom ispitivanja prohodnosti jajovoda rekao da ću ja sigurno ići na vantelesnu (...) **ali mi nikada nije rekao zašto. Suprugovi nalazi su bili u redu, moji hormoni su normalni, prohodnost je bila okej.** Sve apsolutno, sve analize su bile okej, nema ništa. (Mina, 31, nakon četiri postupka)*

*Ali nešto jako zanimljivo je što mi nemamo problem nikakav... **Ja sam sto posto zdrava, i on je sto posto zdrav, i svi se jako pitamo zašto se to ne dešava.** (Andrea, 33, u prvom postupku)*

Izuzetak u ovom postupnom uviđanju problema i frustraciji povodom traganja za dijagnozom su učesnice koje imaju porodičnu istoriju ili ličnu medicinsku istoriju koja ih je na ovo razmišljanje navela i ranije. Njihovo osmišljavanje iskustva neplodnosti značajno je jednostavnije nego kod

drugih učesnica – već imajući iskustva sa ginekološkim stanjima, one se direktno suočavaju sa svojom zdravstvenom istorijom, te manje više ne prolaze kroz procese ispitivanja i zaključivanja o dijagnozi, koji su za druge učesnice dugotrajni i iscrpljujući.

I u svemu tome početkom ove godine, ja prosto postajem svesna da sam mojim godinama i nekim zdravstvenim stanjem to sasvim sigurno neće ići prirodno, nego bi ipak moglo se radi na vantelesnoj. (Ljubica, 39, u prvom postupku)

U prethodnom citatu vidi se sigurnost u svoje stanje i poverenje da će ga medicinske tehnologije razrešiti. Ovo ne mora uvek biti slučaj – prethodne zdravstvene dijagnoze umanjuju anksioznost povodom utvrđivanja uzroka neplodnosti, ali su ozbiljan povod za brigu i stvaraju pritisak kada je reč o začetku trudnoće.

U stvari, pitanje porodice je nastalo u trenutku kada su meni (...) otkrili tumor endometrioze. Ja sam operisana, izvađen mi je jedan jajnik i deo jajovoda drugog. Posle toga sam bila, u veštački izazvanom klimaksu. i tu smo mi počeli da razmišljamo uopšteno o porodici. (...) Onda ti oni kažu, meni su to rekli: „Imate rok godinu dana da pokušate prirodno“. Tih godinu dana, ja mislim da mi je bilo stresnije nego ceo postupak vantelesne oplodnje jer neko ti je dao rok. Neko ti je rekao da imaš toliko i toliko. (Snežana, 33, u četvrtom postupku).

Prethodna dva citata dolaze od dve učesnice koje su se suočile sa praktično istim zdravstvenim stanjem (endometrioza) ali njihovo iskustvo lečenja tog stanja, te prioritet koji daju majčinstvu, značajno menja način na koji one osmišljavaju neplodnost. Ljubici je proširenje porodice relativno skorašnji cilj i otvoreno prihvata i mogućnost da život živi i bez dece, dok je Snežana značajno usmerenija na proširenje porodice kao životni cilj. Istovremeno, Ljubičino iskustvo lečenja endometrioze mnogo je pozitivnije i ona je bez mnogo briga ušla u vantelesnu oplodnju. Nameće se zaključak da pozitivna iskustva u zdravstvenom sistemu i poverenje u medicinske tehnologije i prihvatanje života bez dece služe kao zaštita od straha od onoga što sledi. Dodatno, ono što omogućava sigurnost kada je reč o narednim koracima može biti i samostalno finansiranje, koje daje i veću slobodu u izboru klinike, lekara, početka i toka postupka, nasuprot ulaska u dobro razrađen sistem RFZO-a. Naredna dva citata iste dve učesnice ilustruju specifičnu ulogu koju pojedinačni lekari imaju u osmišljavanju ovog iskustva – osnaživanju ili zastrašivanju.

Samo je čovek (ginekolog) rekao: „Ti nemaš ni traga endometrioze u telu. Piješ kontracepciju 12 godina, je l' stvarno misliš da i dalje imaš endometriozu. U fazonu, aj ne glupiraj se“. I eto, to je bilo to. Bukvalno tako. (Ljubica, 39, u prvom postupku)

I na savetovalištu je meni moja buduća doktorka, rekla kao: „Ne brini, mlada si, ali, uvek možeš da razmišljaš o donaciji“. Meni je to u tom trenutku bilo neshvatljivo. Užasna pomisao uopšte. Treba da se neko, da ti neko kaže da možda nećeš imati svoje biološko dete. (Snežana, 33, u četvrtom postupku).

Na osnovu ovih različitih iskustava – ispitivanja dijagnoze ili direktnog suočavanja sa njom, ne može se izbeći dalja analiza uloge koju lekar ima u adresiranju psiholoških potreba žena u ovoj fazi. Potreba da se nađe problem koji se može rešiti je psihološki opravdana, ali po prirodi stvari nije uvek moguće odgovoriti na nju. Podaci iz literature ukazuju da je incidenca idiopatskog steriliteta 20% (Van deer Akker, 2012). Postavlja se pitanje da li se o ovim incidencama sa pacijentkinjama uopšte razgovara i da li bi takva vrsta razgovora umanjila osećaj krivice i odgovornosti, te im istovremeno omogućila da sa lakoćom pređu na naredni korak. Znajući da suočavanje sa neplodnošću aktivira i krivicu, naročito kod žena, te da neizvesnost povodom uzroka i narednih koraka povišava nivoe stresa, važno je prepoznati ulogu koju pružaoci nege imaju u adresiranju ovih potreba.

Istovremeno, neki lekari ni ne pominju sterilitet, pa u tom smislu ne mogu ni pomenuti uzročnike. U tom smislu se i osmišljavanje iskustva sasvim različito među učesnicama i vreme koje im je potrebno da razumeju na kakvom su putu i šta ih očekuje se usled toga produžava. O značaju informisanja i ulozi koju žene imaju u prikupljanju i navigiranju kroz informacije biće više reči u kasnijim poglavljima.

Na kraju, neki lekari, nekad čak i u spontanoj komunikaciji, ženama predstave scenarije koji su u tom trenutku za njih najgori zamislivi, što je opet značajno za razumevanje toga kako će osmisliti celo iskustvo.

Prethodna analiza ticala se prvog konteksta u kojem se žene nalaze kada ulaze u ispitivanje neplodnosti i suočavaju se sa njom. Ovaj kontekst uključuje njihovu životnu fazu i socioekonomsku poziciju, koja već u početku oblikuje kako će se na dalje nositi sa ovim iskustvom (sve su obrazovane, sa rešenim pitanjem stanovanja i imaju partnera). Dalje, ova analiza uključila je suočavanje žena sa promenama u ličnom identitetu (značaj materinstva za rodni identitet žene), njihova promišljanja o svrsi partnerstva u kom nema dece, o neposrednoj i dalekoj budućnosti. Budući da se trudnoća i rođenje deteta u najvećem broju slučajeva smatra događajem nad kojem žena ili par imaju kontrolu, suočavanje sa teškoćama na ovom planu veliki je udar na njihov odnos i na gledanje sebe. Priprema za lečenje neplodnosti svakako podrazumeva osmišljavanje celog iskustva, traganje za odgovorima i objašnjenjima, te nadu da će rešenje problema biti lako i da će do njega doći brzo. Međutim, ni jedno od ovih promišljanja ne stoji nezavisno od kompleksnog socijalnog okruženja u kojem se odvija. Na primer, pitanja o identitetu neodvojiva su od tradicionalnih predstava ženske uloge u našem društvu, a sagledavanje neplodnosti neodvojivo je od načina na koje se ono tumači u medicinskom kontekstu. Ipak, već i u ovim prvim fazama, vide se prostori gde žene sigurno postavljaju svoje granice i navigiraju kroz iskustvo u skladu sa svojim očekivanjima. Njihova uloga će činiti važan deo ove studije i biće analizirana u kasnijim poglavljima.

Nakon suočavanja sa neplodnošću, promišljanjem identiteta, prioriteta i prvim suočavanjem sa medicinskim kontekstom, žene ulaze u lečenje neplodnosti, odnosno vantelesnu oplodnju. Naredni odeljak činiće centralni deo ove studije – predstaviće ličnu perspektivu žena kada je reč baš o vantelesnoj oplodnji.

2. Življeno iskustvo vantelesne oplodnje

Fokus ove studije je prolazak kroz sam postupak vantelesne oplodnje iz perspektive žena, odnosno njihovo iskustvo vantelesne oplodnje. Na ovom mestu treba dodatno naglasiti zašto je baš njihova perspektiva, osim kada je reč o identitetu i životnim fazama, i u analizi samog postupka, izrazito značajna. Prethodno poglavlje je takođe ukazalo na jedinstvenu perspektivu žena, ali u kontekstu suočavanja sa neplodnošću a karakteristika postupka vantelesne oplodnje je da se fokus na žene značajno sužava. Dok se životna faza i suočavanje sa neplodnošću u velikoj meri može ticati i partnerskog odnosa, vantelesna oplodnja se doslovno sprovodi na ženskom telu, tok postupka, između ostalog, zavisi od toga da li će se žene povinovati medicinskim preporukama, ishod postupka se saznaje praćenjem ženskog tela.

Zahtevi koji se pred žene postavljaju kada je reč o postupku vantelesne oplodnje su mnogostruki – birokratski, logistički, zdravstveni, psihološki i socijalni. Od prikupljanja dokumentacije, prolaska kroz zdravstvena ispitivanja (analize krvi, hormona), uzimanja terapije, redovnih kontrola, do suočavanja sa potencijalnim negativnim ishodima, žene su prve na liniji prolaska kroz vantelesnu oplodnju, osećaju najveću odgovornost i u skladu sa time, prolaze kroz najintenzivnije emocije. Svi ovi aspekti biće analizirani u ovom poglavlju, iz perspektive žena koje su kroz njih prolazile. Ideja da vantelesna oplodnja vrši višestruki pritisak na žene ne potiče samo iz literature, već je potvrđena direktnim citatima učesnica ove studije, bez obzira na godine i postupak po redu – u nastavku su perspektive žene u svom prvom, drugom i trećem postupku.

Nekako uvek si usamljena, i uvek smatram da je žena ta koja sve to preživljava, a da on tu uopšte ni nema neki rezon, jer se to dešava u tvom organizmu. (Andrea, 33, u prvom postupku)

*Pa muškarci nemaju tretman, njih niko ne gleda. Njima samo daj nalaz, to je to. A žene se, **na ženama se sve radi**. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

***Ali žena nosi ceo postupak**, to mogu sigurno da ti kažem. Moj suprug je samo dodatak. (Iva, 32, u trećem postupku)*

Postupak podrazumeva mnoštvo koraka koji padaju na teret žena. *Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju* odeljak je u kojem se analiziraju složeni zahtevi stavljeni pred žene i okupiraju njihovu svakodnevnicu.

Poseban značaj u procesu ima i uloga ženskog tela, čemu će biti posvećena posebna pažnja u odeljku *Telo u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje*. Žensko telo u postupku vantelesne oplodnje se prati, procenjuje, ograničava, njemu se daje terapija, na njemu se sprovede intervencije te je ovo značajan aspekt iskustva za njih.

Emocionalan proces koji prati vantelesnu oplodnju je ciklične prirode – nakon inicijalnog optimizma i nade da će postupak uspeti, sve složeniji zahtevi vode novim emocionalnim reakcijama, najpre napetosti, strahu i nemoći, sve do kulminacije iskustva izrazito pozitivnim ili negativnim ishodom. U slučaju neuspešnog pokušaja, što politikama, implicitnim ili eksplicitnim preporukama, što ličnim željama, žene su ohrabrene da uđu u naredni pokušaj. Iako su emocije sastavni deo svakog odeljka ove studije, opisan ciklus nade i očaja zaslužuje poseban odeljak (*Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očaja*).

Vantelesna oplodnja se i u literaturi i u iskustvu učesnica ove studije smatra dugim i neizvesnim procesom, o čemu je i ranije bilo reči – njen nejasan tok, neizvestan ishod i nekontrolabilna priroda čine poseban fizički i psihološki izazov za žene koje kroz nju prolaze, što će biti analizirano u odeljku *Karakteristike postupka – trka na duge staze*.

Na kraju, gubitak je vrlo značajan deo iskustva vantelesne oplodnje i prožima različite faze ovog postupka te je zajednički za mnogo žena. Čak i žene koje na kraju nekog od postupaka ostvare trudnoću, put koji ih je do tu doveo u sebi sadrži simboličke, praktične, emocionalne gubitke. Perspektive učesnica kada je reč o doživljenim gubicima biće analizirane u odeljku *Gubitak u vantelesnoj oplodnji – prekidi postupka*.

2a. Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju

Kompleksnost postupka vantelesne oplodnje opisana u prethodnom odeljku i leži u njegovim medicinskim i birokratskim karakteristikama. To su manje ili više objektivne karakteristike koje igraju ulogu u tome kako se postupak doživljava, ali su uglavnom slične za žene, bar one koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju finansiranu sredstvima iz RFZO-a.

Međutim, postupak je dodatno kompleksan jer na svaki način prožima život žene i ulazi u svaki aspekt njenog života, uključujući partnerstvo, posao, mentalno zdravlje. Prisustvo postupka vantelesne oplodnje u životu žene nije (samo) emocionalno, usled značaja koji za njih ima, ili nadanja položenih u njegov uspeh. Već je pomenuto da se u literaturi lečenje neplodnosti tumači kao ostavljanje celog svog života na čekanju (eng. „life on hold“). Ovo je najizraženije kada je reč o njihovom unutrašnjem životu – mnoštvo svojih emocionalnih resursa, očekivanja i nadanja žene usmeravaju na vantelesnu oplodnju, odnosno na ostvarivanje trudnoće i proširenje porodice. U ovom studiji će posebna pažnja biti posvećena emocionalnom životu žena i njihovoj ulozi u prevladavanju ovih negativnih emocija. Ipak, vantelesna oplodnja postoje jedan poseban život koji žene vode i u praktičnom smislu.

To je šest meseci disocijacije gde ja sebe sve vreme posmatram kao treću osobu. Kao sad treba da se uradi ovo, sad treba da se uradi ovo. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)

U okviru postupka, žene menjaju svoju ishranu, ponašanje, posećuju lekara, uzimaju terapije, trpe bolove, prolaze kroz gubitke i pripremaju se za nove cikluse od početka. Iščekivanje nekih od faza postupka nije samo frustrirajuće, već postupak odlaže ili ga čini neizvesnim. Čekanje je nekada toliko dugo i u posebnoj životnoj fazi, da doprinosi doživljaju da je vantelesna oplodnja okupirala svaki životni aspekt. Naredna dva citata dolaze od dve najmlađe učesnice ove studije, što je u slučaju analize načina na koji vantelesna oplodnja prekida životni tok, vrlo značajno. Anica govori o četiri godine života dok je pokušavala spontano da ostane trudna, dok Marijana opisuje čekanje poziva komisije zbog kojeg moraju da budu u zemlji i pripremljeni za lečenje ukoliko poziv stigne.

Malo sam i svoj život stavila na hold jer sad će to da se desi. Nećemo da idemo negde riskantno, da se penjem po nekim planinama ili nešto što sam mogla. Šta ako sam sad trudna, ne znam, hajde nećemo da rizikujemo da idemo na bazene, u spa, da ne zakomplicujemo. (Anica, 32, u prvom postupku).

Zato što sam, uhvatila sebe da mi se život sveo na to a vi imate par meseci još da čekate i to je poprilično opterećujuće jer dan vam počinje sa tim i završava se sa tim a i u međuvremenu je poprilično prisutno. Tako da, koliko mogu gledam da se sklonim od tih nekih informacija bar do trenutka dok morate da budete tu prisutni. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Jedan aspekt ovog iskustva, kontrolisanje sopstvenog kretanja i upravljanje svojim telom u skladu sa postupkom vantelesne oplodnje biće opisan u sledećem odeljku – *Telo u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje*, gde će biti analiziran pritisak koji postupak vrši na žensko telo. Na ovom mestu, reč je ipak o tome kako je postupak uređen birokratski i kako se to kombinuje sa

njegovim značajem za život žene. Ipak treba podsetiti da je ideja o proširenju porodice u ovoj životnoj fazi za mnoge učesnice od izrazitog značaja ili čak centralnog. Uz reprezentaciju vantelesne oplodnje kao tehnološki naprednog rešenja, one uđu u postupak i pre nego što je on počeo – pripremajući se, čekajući, očekujući rešenje, nadajući se. Kada su već u tom ciklusu očekivanja, ne znajući kada će postupak početi a kamoli kada i kako će se završiti, teško je rasporediti svoje resurse i posvetiti se redovnim životnim aktivnostima.

Poseban deo iskustva čini navigiranje kroz informacije i snalaženje sa birokratijom i karakteristikama ustanova sa kojima su se susrele. Treba istaći da je ženama potrebno iskustvo i poznavanje birokratije kako bi izašle na kraj sa zahtevima stavljenim pred njih. Iako je to slučaj samo sa jednom učesnicom, lična neinformisanost značajno usporava navigiranje kroz postupak. Štaviše, žene koje su više puta prolazile kroz vantelesnu oplodnju ističu kako su se progresivno sve lakše snalazile sa birokratskim zahtevima. Drugim rečima, uprkos uputstvima RFZO-a, ustanove na lokalni operišu na specifične načine a na ženama je da ih razumeju i u njima se snađu uz vremenska ograničenja (Van Balen & Inhorn, 2002; Stanković, 2024).

U suštini mislim, sad mi mnogo lakše pada zato što znam kad šta gde i kako. Prethodni put neke stvari nisam znala. (...) Sad nekako znam šta gde radim i šta kad kako treba da odradim tako da mi nije toliko naporno i nekako. (Angelina, 30, u prvom postupku)

U narednim izveštajima vidi se posebna vrsta izazova sa prolaskom kroz vantelesnu oplodnju u državnom kliničkom centru. Budući da se radi u okviru državnih institucija, podrazumeva se da se radi u toku radnog vremena uz dodatna prostorna ograničenja. Ono što je dodatno interesantno je da se žene same brinu za prikupljanje nalaza a testovi se obavljaju na različitim mestima i u različito vreme. Treba ipak istaći da je ovakvo stanje najverovatnije slika funkcionisanja zdravstvenog sistema uopšte, te da nije u vezi nužno sa načinom na koji se sprovodi baš vantelesna oplodnja. Naredna dva iskustva dolaze od dve učesnice koje žive u dva različita i udaljena grada.

Pošto sam sve radila državno, bodu te, na primer krenem, idem redom zgrade, (...) mini zgradice puno, na jednom je orl na drugom je transfuzivni centar u trećem je endokrinolog sve su to male zgradice. I onda napravim plan, i onda krenem da obiđem bar 5 tog dana i onda ideš u jednu, oni ti izvade tri epruvete krvi onda ideš u drugu, oni ti vade dve i onda ideš u treću a sve to ujutru. Od 7 do 10 za ovo vađenje, od 10 do 12 je za ovo vađenje i sve tako i onda kao prognoziram tako i onda bez jedno litre krvi kad više ne možeš znam da je kraj dana. A najgore što te bodu milion puta. (...) u transfuzivni se radi za trombofiliju, u ne znam, hormoni se rade ovamo, pa se posebno rade hormoni za štitu žlezdu, pa ne znam šta sve, ne mogu sad ni da se setim šta sam sve radila. Ali znam da je mnogo krvi. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Ovde kod nas imaš dom zdravlja, gde imaš svog ginekologa, i imaš higijenski zavod, gde ti ideš po epruvete i tako to, i nosiš te epruvete kod svog ginekologa da ti uzme bris, i onda trčiš nazad u higijenski zavod da im odneseš to, da oni to procesuiraju. Znači jedan pakao od dana. (Andrea, 33, u prvom postupku)

Birokratske teškoće nekada prevazilaze kapacitete koje žene imaju – nekada je zbog hitnosti neke analize, nekada zbog nedostatka reagenasa na neki hormon, žene budu prinuđene da neki test, odnosno analizu plate u privatnoj laboratoriji. Iako su njihovi postupci finansirani sredstvima iz RFZO-a, usled vremenskog ograničenja ili nalaza koji hitno iskaču (na primer ukoliko su im pronađene infekcije pa traže potvrdu o lečenju), nije moguće proći kroz postupak bez ikakvog finansijskog učešća. Interakcija između privatnog i državnog sistema takođe je interesantna i biće pomenuta u poglavlju o medicinskom kontekstu.

Opet je ta birokratija najgori deo. Znači treba u startu možda navesti šta sve uraditi. Ja sam sad toksoplazmu sve sam to plaćala jer nisam imala vremena za uput. Infektologa sam jedva našla, nisam ni znala da ih ima tako malo. Jedva sam našla infektologa. I, ono, možda ta papirologija je najgori deo. (Jovana, 36, u drugom postupku)

*Koliko god ova država pričala da se brine o ženama sa sterilitetom, jeste olakšavajuća okolnost da nisi dao 3 hiljade evra za VTO ali **svaka tri hiljade evra koja je država dala za mene, ja sam dala dve hiljade na to**. Ja idem privatno kod tih doktora zato što on ne može da me primi stalno. (Monika, 39, u petom postupku)*

Uz ograničenja koja potiču iz uslovnosti državnih ustanova, opterećenosti brojem pacijentkinja ili sredstvima koja se u njih ulažu, postoje i vremenski zahtevi stavljeni pred žene koji su sasvim arbitrarni i stoga značajno frustrirajući. Žene u ovome prepoznaju i nevoljnost da se sistem ženama olakša, i simptom celokupne atmosfere u društvu. U narednom citatu vidi se da zbog nemogućnosti zakazivanja, Hana uzima ceo slobodan dan da bi čekala lekara.

Ja sam uporno pokušavala da objasnim da ja ne radim u Beogradu i da ja moram da najavim na poslu nekoliko dana pre da ću biti odsutna i sve međutim, to je svaki put bilo tako. Čak je bilo i situacija da mi kažu doći ćete verovatno u ponedeljak pa se ne jave, pa doći ćete u utorak, doći ćete u sredu... Gde ja na kraju u sredu kažem, ja sam uzela slobodan dan, ja sutra dolazim samo mi kažite mesto i vreme. (Hana, 38, u trećem postupku)

Dosadašnja analiza ukazuje na to da je postupak lečenja neplodnosti vantelesnom oplodnjom vrlo zahtevan. Može se razmatrati u kontekstu lečenja bilo koje vrste – očekivanje od pacijenata da ulože svoje vreme i promene svoje ponašanje kako bi se povinivali medicinskim procedurama prisutno je u svim granama medicine. Međutim ono što je ovde upadljivo je disproporcionalno opterećenje koje je na ženama – iako je lečenje neplodnosti ipak zadatak dvoje partnera, kroz birokratske prepreke prolaze samo žene. Još jedan element ovog disbalansa je vrlo važan – nekada su podrška ili prisustvo partnera potrebni i poželjni, ali žene njihovo odsustvo pravdaju radnim obavezama. Kada su već one pritisnute da zanemare svoje svakodnevne obaveze usled toga kako je birokratski osmišljen postupak vantelesne oplodnje, ne misle da je sasvim opravdano to očekivati i od partnera.

On ne može sebi da priušti da uzme mesec dana bolovanja jer manje više on kod privatnika nema pravo na bolovanje. Može da uzme neplaćeno, ali onda neće primiti platu. (Hana, 38, u trećem postupku)

Kao što je ranije rečeno – kada je vantelesna oplodnja finansirana iz ličnih sredstava, deo ovih izazova se sasvim zaobilazi. Delom jer neke od analiza nisu potrebne, delom jer se sve mogu obaviti na jednom mestu (ne pripremaju se za komisiju već ono što je neophodno, nose jednom lekaru da donosi medicinske odluke tokom postupka). U prethodnom odeljku bilo je reči o odlaganjima, proceni trajanja postupka i celokupnom produženju iskustva usled birokratskih ili medicinskih zahteva RFZO-a. Ovde je reč o načinima na koji sve te procedure interferiraju sa životima žena, ali učesnice koje same finansiraju vantelesnu oplodnju preskaču oba izazova.

Nakon prikupljanja nalaza, sledi stimulisani postupak što znači intenzivirano praćenje koje zahteva fizičko prisustvo žene kod lekara. To znači da žene tokom stimulisanog postupka moraju da izdvajaju vreme sa posla, ako ne da prime terapiju (to mogu i same kod kuće) onda da bi odlazile na folikulometrije.

Ja ujutru ako idem da dam krv onda čekam UZ, nekad sa ultrazvukom kasne, nekad ovako, ja dok dođem kući to je obično, ono, već posle 9, jedan dan sam došla u 11 i već u 13h se vraćam na terapiju. Tako da, po kući ne radim ništa bukvalno. (Iva, 32, u trećem postupku)

I onda kad vi imate samo to, na dnevnom nivou u smislu da idete na terapije iz dana u dan vas doktor prati. Svaka dva dana vi imate UZ da vam prate razvoj folikula, vama se dan svodi na to i vi nemate ništa drugo. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Uzimanje terapije vremenski je senzitivno i od toga kakav je režim dogovoren sa ženama, zavisi da li će ih primati kod kuće ili na klinici. Žene se po ovome značajno razlikuju i to kako doživljavaju usklađivanje terapije sa svojim životom donekle govori o tome kako vide i ceo postupak – kao rešenje u kojem rado učestvuju ili kao mučnu terapiju. Dve različite perspektive na stimulisanu postupak opisane su u nastavku. Međutim, treba naglasiti da dve učesnice čija su iskustva ovde navedena, ne zadržavaju istu perspektivu tokom celog iskustva – u zavisnosti od faze i broja postupaka iza njih, raspoloženje se naravno menja, kao i njihova očekivanja.

Ali to može da bude mislim, jeste komplikovano. Komplikovano je da se ide svaki dan da se dobije injekcija u stomak. Iako, mislim, ima tu malo i sala i to nije ništa strašno, ali opet to određeno vreme treba da se primi ta terapija, ne može da se isplanira dan, drugačije je, mora nekako da se prilagodi tome. (Kristina, 36 u trećem postupku, samostalno finansira)

Ja sam ono - ju hu vreme za injekciju. Bukvalno. bola sam se gde sam stigla, u autu, u autu. Idem negde u kupovinu, zvoni mi budilnik, ja to svuda nosim sa sobom i samo se bocnem, kao da je ništa. Kao da sam žvaku stavila tako da meni to nije, nije mi neka, to mi je kao dobar dan. Radovala sam se svakoj, to je jedna bliže vantelesnoj. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Osim ličnih karakteristika i očekivanja izgrađenih na osnovu prethodnih iskustava, jedan od protektivnih faktora u ovoj fazi su i obaveze i struktura svakodnevnice koja omogućava jednostavno integrisanje vantelesne oplodnje u život. Socioekonomska situacija i privilegije u organizovanju dana značajno menjaju kako se doživljava stimulisanu postupak. Dok neke žene imaju slobodu u organizaciji svog vremena i poslovne obaveze ne predstavljaju prepreku u prolasku kroz stimulisanu postupak, drugima je usklađivanje posla i primanja stimulacije ipak izazovno.

Pri tome ja nisam u obavezi da odlazim fizički na posao svaki dan jer mi imamo rad od kuće kad god želimo. Međutim, prijalio mi je recimo, u tom periodu da odlazim na posao fizički s druge strane, odgovaralo mi je što mi imamo ambulantu doma zdravlja samo za nas, što mi je bilo recimo fenomenalno da odlazim tamo da me bockaju, da ne moram sama, tako da je to sve funkcionisalo baš fantastično. (Ljubica, 39, u prvom postupku)

*Ne radimo svi u firmama gde možda možemo to da uradimo. Ja radim u proizvodnji, ja sebi **ne mogu da dajem injekciju u ne higijenskim uslovima**. I da podnosim pritisak, stres. (Maša, 43, u petom postupku)*

Osim same hormonske terapije, stimulisanu postupak podrazumeva redovne odlaske kod lekara, radi ultrazvučnog praćenja rasta folikula.

*A folikulometrije, ti to non stop radiš, **non stop ideš** (...) To nije trknem ja na 20 minuta, to mi ode dva sata, tri. (...) To mi je isto bilo užasno, jer ja da lažem nekog, nikoga nisam to radila. To mi je dodatno opterećenje bilo jer ja sve vreme razmišljam, šta ako me neko zove, šta ako treba neki sastanak, odgovoran si za ljude. (Anica, 32, u prvom postupku)*

U skladu sa ovim zahtevima, ulazak u postupak je za neke žene značio da uzmu bolovanje, čemu su često izabrani ginekolozi izlazili u susret. Bolovanje je naročito potrebno za žene koje terapiju ne uzimaju same nego je primaju na klinici. Ovo je vrlo značajno jer literatura koja dolazi iz drugih zemalja ukazuje na to da opterećenje vantelesnom oplodnjom bude i rizik za posao (Martinenghi & Naghsh-Nejad, 2025). To sigurno jeste slučaj za mnoge žene koje rade na prekarnim pozicijama i u našoj zemlji. Istovremeno, ni jedna od učesnica svoj profesionalni

identitet nije navela kao značajan i oni nisu figurirali u njihovim iskustvima, što može biti još jedan od razloga zašto prolazak kroz vantelesnu oplodnju nije imao upadljive efekte na njihov profesionalni razvoj.

Radim neki stresan posao tako da je ona predložila da ja uzmem bolovanje čim krene ta stimulacija zbog organizma pa da vidimo posle kako organizam bude reagovao. Shodno tome da vidimo da li ću da se vraćam na posao ili ne. To je bio dogovor tada, videćemo bože moj kad sve to krene kako će da izgleda. (Angelina, 30, u prvom postupku)

Krenula sam da otvaram bolovanja za svaku intervenciju koju sam imala. (...) Kad sam krenula u proceduru, prva dva dana sam radila i onda sam shvatila da imam apsolutno pravo da otvorim bolovanje jer radim u bolnici. (...) Za mene je bolje da se sklonim. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)

Treba istaći da je opterećenje najveće kada je reč o emocionalnom životu žena. Neizvesnost toka i ishoda postupka povećava nivo stresa koji žene doživljavaju, i bez obzira na to da li se vantelesna oplodnja sprovodi na državnoj ili privatnoj klinici, da li se finansira samostalno ili iz sredstava RFZO-a, da li žene biraju same sebi da daju injekcije ili da to čini zdravstveni radnik, neizvesnost, nervoza i iščekivanje praktično su nužan deo ovog iskustva. Javljaju se u svim fazama – od stimulacije do iščekivanja testa na trudnoću.

*Ne znam evo sada u ovoj vantelesnoj koja predstoji, opet tvrdim da je najteži trenutak taj - nije trenutak kada uspeš ili ne uspeš, jeste jasan psihološki trenutak tih deset dana kada čekaš da odradiš, to je najgori trenutak. **Meni je eto, dva tri dana pred komisiju. Da li će biti ili neće.** (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

*Sad ne mora da znači da će se sve te jajne ćelije, **u stvari pitanje od koliko će se tih ćelija stvoriti embrion.** I to je isto iščekivanje. (Irena, 37, u petom postupku)*

*Ceo postupak je neko iščekivanje ali pre transfera ima taj neki ritam, vadiš hormone, ideš na ultrazvuk, nešto se dešava na svaka dva tri dana. (...) **A tih 12 dana ništa. I onda samo osluškuješ da li si išla u wc tri puta za sat vreme ili nisi.** U suštini dok traje stimulacija ti jedna čekaš tih 12 dana a onda tih 12 dana jedva čekaš da prođe, da uradiš tu betu a sa druge strane i strah te, šta ako ne uspe. (Dunja, 32, u drugom postupku)*

Prethodna iskustva dolaze iz različitih faza postupka – iščekivanje komisije odnosno zelenog svetla da se u vantelesnu oplodnju uđe, iščekivanje poziva embriologa u vezi sa formiranim embrionima, iščekivanje pravilnog rasta rezultata Beta HCG testa. Svima je zajednički gubitak kontrole nad time šta je sledeće i osećaj neizvesnosti. Od ove vrste opterećenja ni jedna vrsta faktora ne može da zaštiti žene, jer čak i one koje su imale prvi postupak uspešan, prošle su kroz dane, a nekad i nedelje iščekivanja tokom kojih, uprkos svim naporima, ne mogu sa podjednakim kapacitetom da se posvete svojim drugim aktivnostima.

*Zato što sam, **uhvatila sebe da mi se život sveo na to** a vi imate par meseci još da čekate i to je poprilično opterećujuće jer dan vam počinje sa tim i završava se sa tim a i u međuvremenu je poprilično prisutno. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Vantelesna oplodnja na još jedan način ulazi u svakodnevni život, a to je da se primanje vesti o ishodu dešava u vreme koje nije sasvim u kontroli žena. Dok su na poslu ili sa porodicom, žene iščekuju ishode više faza i obično ih dobijaju telefonom (koliko ima oplodjenih ćelija) ili mejlom (rezultat testa na trudnoću). Drugi ljudi nekada sa njima učestvuju praktično u iščekivanju a u nekim situacijama su smetnja.

*Ne mogu da kažem da sam bila sad nešto izrazito tužna, ali nisam bila ni zadovoljna baš, taj dan. Pritom taj dan imam predavanje. i samo razmišljam: **Samo da mi ne pošalju te rezultate dok imam predavanje jer kao...** Sad ako se raspadnem tamo, ne znam, ovaj. (Sara, 36, u prvom postupku)*

*Znači u trenutku upravo se spremam, obukla sam jaknu da krenem na vrata, stiže mi poruka na viber, od moje doktorke opšte prakse, poslala je onaj smajli sa ovako kao victory, dva prsta i ništa više. (...) Ja sam tako počela da plačem, da je to bilo znači... (partner) je prvo, trebalo mu je vremena da pogleda da vidi zašto plačem. Jer nije znao da l' je pozitivno ili negativno. **I tu sam se onako, siti smo se isplakali. Drugar koji je sedeo tu, ništa mu nije bilo jasno.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

Logističko opterećenje, čekanje i boravak na klinici oduzimaju vreme i interferiraju sa drugim aktivnostima ali su ipak praktičan način na koji je žena uključena u postupak, i uprkos frustraciji koju ono donosi, ne izgleda kao da je to vreme poklonjeno postupku uzrok negativnih emocija. Prilika da rade na koracima koji ih potencijalno mogu dovesti do željenog ishoda im omogućava da se aktivno suočavaju sa jednim delom doživljenog stresa. Istovremeno, neke privilegije, kao što su pristup bolovanju, odmoru i radu od kuće, omogućavaju jednostavnije integrisanje vantelesne oplodnje u svakodnevni život. Kada je reč o resursima koje vantelesna oplodnja zahteva, najveći izvor stresa su „prazni hodovi“ i čekanje, te birokratske prepreke koje nemaju nikakvu praktičnu svrhu u postupku. Ipak, kada se postupci produže ili žene počnu iznova da ulaze u nove postupke, logistički izazovi i organizacija vremena postaju mnogo manje značajni, a posledice po telesno i mentalno zdravlje počnu značajnije da figuriraju u iskustvu.

*U VTO svima se žuri. Žuri vam se zato što vi još imate šansi i sad to treba brzo, i vi treba psihološki brzo da se smirite da biste brzo ušli u nešto novo i **vi nemate prostor da tugujete, da se oporavite od sopstvenih pomisli...** (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Iz prethodnog iskustva vidi se razmatranje pritiska koji vantelesna oplodnja vrši na živote žena, koji daleko prevazilazi dnevne logističke poteškoće. Ne treba zaboraviti da je vantelesna oplodnja postupak za dobijanje deteta, da se odvija na ženskom telu i da je suočavanje sa neuspehom svojevrsna vrsta gubitka, o čemu će nešto kasnije biti reči. Drugim rečima, logističko opterećenje čini svakodnevnicu komplikovanom, ali zahtevi postupka su mnogo složeniji od toga. Jedan od aspekata koji iskustvo može učiniti bolnim ili čak ugrožavajućim je upravo telesni, o čemu će biti govora u narednom odeljku.

2b. Telo u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje

Doživljaj i reprezentacija uloge ženskog tela u neplodnosti i vantelesnoj oplodnji značajno figurira u ovom iskustvu. Kulturološki kontekst je takav da se u ženskom telu pronalazi odgovornost za neplodnost, medicinski kontekst je takav da se na ženskom telu postupak vantelesne oplodnje sprovodi, a realnost svake od žena u ovoj studiji je da se posledice, zdravstvene i psihološke, materijalizuju na njihovom telu. U ovom odeljku biće razmatrano kako žene posmatraju ulogu svog tela u neplodnosti, kako ga doživljavaju, ali i koriste kao saveznika i izvor informacija u kontekstu vantelesne oplodnje, i na kraju, kako se nose sa, ne tako retkim, bolovima i neprijatnostima koje u telu doživljavaju. Iako fokus ovog odeljka nije na medicinskom kontekstu, razmotrićemo tretman bola i načine na koje se neprijatnost koju žene doživljavaju (ne) koristi u prilagođavanju terapije i osmišljavanju intervencija.

Krivica za neplodnost i odgovornost ženskog tela

Sprega između društvenih i ličnih reprezentacija neplodnosti i uloge kakvu žensko telo igra u njoj je složena. Dok sa jedne strane žene prepoznaju da su tradicionalne predstave o ženi kao jedinoj odgovornoj za začetak i održavanje trudnoće štetne, sa druge strane postoji više faktora koji otežavaju sagledavanje njihovih ličnih perspektiva sasvim nezavisno od ovih tradicionalnih predstava. Priroda stvari je takva da se trudnoća mora održati u ženskom telu i to dodatno komplikuje kako žene razumeju njegovu ulogu, i kako ga tokom neplodnosti i vantelesne oplodnje doživljavaju. Kada se tome pridruže i kulturološke reprezentacije o ženi čiji centralni identitet je majčinstvo, nastojanja žena da se od okrivljavajućih predstava distanciraju, postaju značajno teža (Franklin, 2002; Martin, 2001). Drugim rečima, analiza toga kako se žene osećaju u svom telu, kakve posledice telo trpi i kakav efekat po njihovo psihološko zdravlje ima vantelesna oplodnja kao postupak koji se sprovodi na njihovom telu, ne mogu se razmatrati nezavisno od sociokulturnih reprezentacija neplodnosti. Neke žene su i u svom neposrednom društvenom okruženju prepoznavale tendenciju da se za teškoće u fazi suočavanja sa neplodnošću okrivljavaju žene.

Jeste nekako ružno što je ceo taj nekako fokus na ženi. I kad god pričaš sa ljudima sa strane, svi nekako smatraju da je žena problem. (Angelina, 30, u prvom postupku)

Žena je kriva uvek, mislim. Prvo porodica muškarca kaže žena je kriva. Neće biti sin kriv. (Jovana, 36, u drugom postupku)

Treba istaći da ovaj utisak nije podjednako značajan za sve učesnice i da kod nekih nije na taj način figurirao u iskustvu. Prethodna dva citata dolaze od učesnica koje dolaze iz sredina van Beograda, a jedna od njih je isticala upravo seosko okruženje u kojem je živela.

Okrivljavanje žene ne ostaje na tom opštem nivou. Kada uđu u procese dijagnostikovanja neplodnosti i vantelesne oplodnje, žene pronalaze mnogo konkretnije povode da u sebi i svom telu vide uzrok problema. Jedna od ključnih situacija je traganje za dijagnozom – uočavanje takozvanog ženskog faktora značajno pojačava osećaj odgovornosti.

Kriva u smislu onom, moje telo, moj organizam, meni su zatvoreni jajovodi. U tom smislu moja odgovornost, do mog tela je. (Hana, 38, u trećem postupku)

Ipak, veza između osećaja krivice i zdravstvenog stanja nije tako jednostavna, odnosno, da bi žene krivicu pronalazile u svom telu, nije ni potrebno da u neplodnosti bude prepoznat „ženski faktor“. Nekada, čak i kada naiđu na svoj zdravstveni problem koji nije direktno u vezi sa vantelesnom oplodnjom, žene se osećaju odgovornima i baš u svom telu prepoznaju krivca za neplodnost.

Ali prosto, imaš pokretan jedan spermic on je dovoljan. To što je rezultat van referentnih to ništa ne znači. A već kad nešto ode do đavola, kao što je u tom trenutku izgledalo da je moja štitna žlezda, to već onda tvoj san i ideju odlaže. (Iva, 32, u trećem postupku)

Budući da se svaka vrsta zdravstvenog izazova u ženskom telu iz njihove perspektive tumači kao odgovorna za neuspele trudnoće, može se pretpostaviti da se ovde ne radi samo o očekivanjima od ženskog tela/reproduktivnog sistema ili o karakteristikama postupka koji stavlja zahteve pred žensko telo. Radi se i o prepoznatoj odgovornosti koju žena ima za proširivanje porodice u širem smislu – čak i kada neki relativno periferni procesi ne funkcionišu u skladu sa parametrima usvaja se perspektiva da žena nije ispunila svoj zadatak, da bude savršenog zdravlja kako bi bila majka. Taj standard se pred muškarce ne postavlja. Istovremeno, najveći fokus se stavlja na ulogu njenog tela u neplodnosti, više nego na ulogu bilo kog drugog faktora.

Žene i u medicinskim znanjima pronalaze opravdanje za naglašavanje odgovornosti žena u neplodnosti. Briga za vremensko ograničenje za zasnivanje porodice, odnosno takozvano „otkucavanje biološkog sata“ učvršćuje žene u poziciji onih koje su odgovorne za neplodnost, a samim tim i za lečenje.

Žene kroz ovo, kroz ove postupke (kroz suze) ovaj, veći teret mnogo podnose. A ne samo fizički nego i zbog toga što eto, ženama taj biološki sat otkucava za razliku od muškaraca koji su u boljoj poziciji. (Irena, 37, u petom postupku)

Treba podsetiti i na to da su žene neretko govorile o prioritizovanju drugih životnih zadataka i dovodile u pitanje uvremenjenost odluke za planiranjem porodice. U odeljku *Neplodnost i identitet* bilo je reči o njihovom promišljanju svog partnerstva i značaja koje su dale pronalasku posla i rešavanju pitanja stanovanja pre odluke o proširenju porodice. Međutim, neke učesnice su lično doživljavale „kašnjenje“ sa planiranjem porodice i prepoznavale ga kao povod za neplodnost, i to ne kao posledicu zajedničke odluke koju su donele sa partnerom (makar implicitno), već kao ličnu odgovornost. Sledeća dva iskustva podelile su žene koje su u svoj prvi postupak vantelesne oplodnje ušle u kasnim tridesetim godinama i kod kojih je figurirala starost kao značajan deo iskustva.

*Ja sam imala taj osećaj neadekvatnosti kao **kasno je, zakasnila sam**. Njihova sva deca već idu u školu, gotovo je. Kao gledaj, 18 godina ima njena ćerka. Kasno je, nemam tu šta više ni da promenim. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog pokušaja)*

*Trenutno se **osećam da sam kriva za to, da sam zakasnila**. Da mi je žao mene, što sam tako kasno razrešila te neke stvari sa sobom. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja)*

Kao krajnju potvrdu tezi da žene nekad prepoznaju krivicu za neplodnost u svom telu, treba istaći slučajeve gde nije identifikovana ni jedna konkretna prepreka, gde od lekara dolazi povratna informaciju da su oba partnera zdrava i da nema objektivnih medicinskih razloga zašto ne dolazi do trudnoće (takozvani idiopatski sterilitet), a žene i dalje pronalaze odgovornost u svom telu.

*Najgori mi je taj osećaj da **moje telo ne radi šta treba**, svima to dođe ovako (lako). A meni kao, ne znam, mislim je l' možeš uopšte da se fizički ljutiš na svoje telo što ne radi nešto što treba. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Dakle, čak i kada dijagnoze u vezi sa reproduktivnim zdravljem žene ne postoje i dijagnoza steriliteta nije objašnjena ni muškim ni ženskim faktorom i uzroci neplodnosti su nepoznati, žene su sklone da ih opet pre pronalaze u svom telu nego u svojim partnerima ili u bilo čemu drugome (na primer, stručnosti lekara, sreći).

Mehanizmi samookrivljavanja su toliko snažni da su nekada otporni i na logičke nedoslednosti. Na primer Jovana, koja je imala pobačaj u prvom braku, a zatim i neuspehu vantelesnu oplodnju u drugom braku, na sledeći način analizira razloge za neuspeh. Upadljivo je da se kvalitet muških ćelija ni ne pominje, kamoli analizira.

*Mislim da je **do tog kvaliteta jajnih ćelija**, ja iskreno mislim to. (...). Prošli put sam imala dva ista embriona, ista materica. i jedan nije uspeo, jedan je uspeo. Ajmo sad dodatno. Nećemo da uzmem u obzir dve različite vantelesne. Uzimamo jednu, isto ubačeno, jedan uspeo, drugi nije, ista ja. Znači da je samo bilo u tom kvalitetu. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

U prethodnom citatu vidi se i potreba da se neplodnost i teškoća da se začne trudnoća najpre objasni, a zatim i tendencija da se uzrok pronađe u ženskom telu. Kakvu ulogu ovi mehanizmi imaju u prevladavanju stresa nije sasvim jasno – sa jedne strane osećaj krivice sigurno doprinosi višim nivoima stresa, a ni okrivljavanje partnera ne bi vodilo pozitivnim psihološkim ishodima (v.

Péloquin et al., 2018). Međutim u ovom slučaju je moguće da je potreba da se neuspesi objasne nadjačala druge potrebe, na primer da sebe zaštite od bola i očuvaju lično blagostanje.

Vantelesna oplodnja kao otelovljeno iskustvo

Sam postupak vantelesne oplodnje tumači se kao postupak otelovljen u ženi (Van Balen & Inhorn, 2002). Učesnice ove studije istakle su da se u postupcima vantelesne oplodnje žensko telo posmatra, procenjuje, tretira i uzima kao odgovorno za početak, tok i ishod postupka.

Priprema za vantelesnu oplodnju je verovatno jedini deo postupka u kojem partneri uzimaju nešto veću praktičnu ulogu. I oni, kao i žene, moraju prikupiti odgovarajuće nalaze kako bi izašli pred komisiju RFZO-a. Čak iako parovi odluče da zaobiđu komisiju i vantelesnu finansiraju sami, nekoliko analiza će se sprovesti i sa muškarcem. Nakon tih nalaza i davanja uzorka ejakulata, njegova praktična uloga u postupku se završava, a u nekim situacijama i njegova psihološka uloga.

Jeste malo opterećenje što žena prolazi kroz mnogo toga, mnogo više nego muž. On ima četiri analize, pet - hajde, hormone je dao dva puta u životu a žena maltene nonstop nešto. Svake nedelje nešto. (Angelina, 30, u prvom postupku)

Njihovo je da se pojave onog dana kada bude aspiracija, kada kao treba da se donese ejakulat, i to je to otprilike. Sve ovo ostalo, znaš, na ženi je nekako da nosi. Stvarno mi je neverovatno, ako je to kao dete koje ćete sutra zajedno da gajite. (Sara, 36, u prvom postupku).

Isključenost partnera je vidljiva i tu se ne radi samo o intervencijama ili zdravstvenim pretragama koje se ne rade na njegovom telu, već se radi o sistemskom isključivanju muškaraca iz postupka gde nekada zbog politika klinike ne mogu biti uz svoju partnerku ni psihološki. O ovome će najviše biti reči u odeljku *Uloga partnera tokom postupka vantelesne oplodnje*.

*To je ogroman problem vantelesne oplodnje, ta isključenost muške strane. (...) **Treba nam njegov uzorak i trebaš nam ti. Kao da meni prave dete.** (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Ove politike potvrđuju prethodno navedene kulturološke reprezentacije o ženi koja je odgovorna za začetak trudnoće, za lečenje neplodnosti a u budućnosti i za brigu o porodici. Kulturološke reprezentacije uzimaju konkretan oblik na klinikama gde se uključenost partnera nekad obeshrabruje, ili procedurama koje su usmerene isključivo na žene.

Ukoliko kulturološke reprezentacije insistiraju na odgovornosti i aktivnoj ulozi žene u lečenju neplodnosti, trudnoća se ostvaruje u ženskom telu i uvrežena je briga da je vreme za zasnivanje porodice ograničeno za žene, a partneri su ujedno sistemski isključeni iz postupaka lečenja – ne deluje iznenađujuće što ženama ne preostaje ništa drugo osim da se usmere na svoje telo. I ako odgovornost pronalaze u njemu, u telu će potencijalno videti i pozitivne znake, te je telo signal i da je sve u redu, da postupak prolazi kako treba i da potencijalno dolazi i do trudnoće. Drugim rečima, žene u svakoj fazi osluškuju nešto specifično za tu fazu, dok ne pređu u neku od sledećih (kada će se baviti svojim telom na neki novi način).

Ulazak u medicinski kontekst podrazumeva i posmatranje ženskog tela na način na koji ono to tog trenutka nije bilo posmatrano. Ovo otvara prostor za uočavanje problema u telu koji nisu uticali na svakodnevni život ali potencijalno mogu uticati na ostvarivanje trudnoće. Ukratko, sam ulazak u lečenje neplodnosti podrazumeva sužavanje fokusa na reproduktivni sistem žene i sve njegove potencijalne manjkavosti u kontekstu ostvarivanja trudnoće.

Paralelno, pretrage tela, kroz koje prolazite da biste ušle u taj proces da vidite koliko ste kandidatkinja vas šokiraju. Vi shvatite u međuvremenu, ja sam shvatila da imam dva tumora u telu. Tumor na materici, i tumor u dojci koji bi rasli tokom vantelesne oplodnje. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja)

Ipak, ulazak u lečenje ne znači suočavanje samo sa negativnim vestima, štaviše, kao što je bilo reči u odeljku *Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti*, ulazak u lečenje je kod žena obično figuriralo kao hvatanje u koštac sa problemom te se i sagledavalo kao pozitivan korak. Karakteristično za stimulisani postupak, odnosno za fazu uzimanja hormonske terapije, je da tokom nje vlada optimizam i nada za pozitivan ishod. Na ovom mestu nije fokus na psihološkim reakcijama već na telesnim senzacijama, koje se u fazi hormonske terapije često tumače kao pozitivne i ohrabrujuće. Ono što je takođe prisutno je da se lakoća sa kojom se fizički prolazi kroz hormonsku terapiju vidi kao pozitivan znak i olakšanje, jer je ova faza izvor anksioznosti za žene koje ne znaju šta ih očekuje.

Bilo mi je kao da ništa nisam uzimala. Bilo mi je savršeno. Bila sam, radosna, bila sam mnogo srećna zato što znam šta me čeka. Jedva sam čekala da izvadimo te jajne ćelije da vidimo koliko ih ima. Da završimo vantelesnu. Nikakve promene raspoloženja nisam imala bila sam savršena stvarno. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Stvarno najnormalnije sam se ponašala. Nisam osećala inače telesne promene, nikakve. (Marijana, 31, u prvom postupku, 112)

Njihovo iznenađenje dobrim podnošenjem hormonske terapije interesantno je opet zbog negativnih kulturoloških reprezentacija “žene pod hormonima”. Jednu od njih je podelila Sara.

*Ovaj drugar sa kojim sam se videla (...) kao: „Uuu, nemoj se ljutiš, ako budeš kao moja sestra, ja ću da ti kažem molim te nemoj da se viđamo“ kao... Kao: „**Ona je bila nepodnošljiva od hormona**, i prosto, to je to. Bolje kao, pošto nju je sve, sve je iritiralo...Šta god da joj kažeš - i lepo, i ružno, sve je iritiralo, **bolje da se onda ne viđamo tih deset dana, pa ćemo posle da se viđamo**“.* (Sara, 36, u prvom postupku)

Vrlo je značajno ovo prokomentarisati. Postupak vantelesne oplodnje zahtevan je emocionalno, praktično, materijalno i telesno, uglavnom za ženu, budući da se većina analiza, testova i intervencija radi na njenom telu. Izvor stresa nije kontrolabilan, tok i trajanje postupka su neizvesni a ishod potpuno nepoznat. Emocije žena tokom ovog iskustva variraju, može se argumentovati, usled svih ovih faktora, naravno, ne isključujući hormonske fluktuacije. Međutim interesantno je da socijalno okruženje bira da tumači ponašanje i stanje žene svodeći ga isključivo na hormonski status. Uz pritiske i odgovornost koja joj se pripisuje za ostvarivanje trudnoće, očekivanja da iznese ceo postupak, tome se pridružuju i visoka očekivanja kada je reč i o fizičkom stanju i emocionalnom radu – da sve ovo na njihov izgled i raspoloženje ne ostavi nikakav efekat. Drugim rečima, ovako kompleksna očekivanja društvenog okruženja od žena čine formiranje njihovih ličnih očekivanja vrlo složenim – društvo od njih očekuje velike promene ali istovremeno i da te promene ne pokazuju. Stoga ne čudi da je njihovo lično iskustvo hormonske terapije za njih iskreno iznenađenje.

Usmerenost na telo nije samo psihološka – odnosno, nisu žene usmerene na svoje telo samo jer u nekim trenucima nemaju druge resurse na koje se mogu osloniti. Ženama se daju i instrukcije kako da svojim telom upravljaju i šta da posmatraju, naročito u fazi čekanja ishoda embriotransfera odnosno testa na trudnoću. U ovim trenucima vidljiv je pritisak koji žene mogu osećati da upravljaju svojim navikama, ishranom i kretanjem kako bi uticale pozitivno na ishod postupka. Nekada su na ovo prinuđene usled nuspojave terapije – na primer osećaja uspavanosti koje im ometa svakodnevne aktivnosti.

Skoro da ne prođe dan da ne odspavam popodne. Samo se isključim, kao na dugme. Ne vredi mi da se borim i pokušavam da sačekam veče. Još četiri nedelje ću primati progesteron predostrožnosti radi, a d-dimer mi se još nije unormalio, pa sam na fraksiparinu. To me malo nervira. Dojadilo mi je više da se bodem i da me bodu. (Sara, 36, u prvom postupku)

A od utrogestana sam spavala. Mogla sam spavati 24h. (...) Ja kad popijem, nisam mogla da vozim auto na primer. Nisam mogla od fotelje do kreveta da dođem. (Jovana, 36, u drugom postupku)

Međutim nije uvek reč o njihovoj fizičkoj slabosti koja ih sprečava u nekim aktivnostima, već o pravilima, preporukama i režimu u kojem se nalaze, zbog kojeg ne mogu slobodno da donose odluke o svom telu.

*Znači nosiš masku, ne družiš se uolikoj meri, prekineš treninge u određenom trenutku, jer smatraš da nećeš moći da ih imaš onda kao ups, ipak ćeš moći jer to znaš ono kao. Plaćaš treninge na mesec dana pa hoću platiti neću platiti, hoću malo. A planiraš putovanje ili ne planiraš jer ne možeš da ih planiraš, jer ti si kad si u ovome ti ideš na pregled 2. dan ciklusa potom 11., onda kreću folikulometrije. Nema družje da se mrdneš. Hraniš se ekstremno zdravo. Ja se načelno jako zdravo hranim, ali i recimo u periodu kada sam blizu potencijalnog transfera ne unosim apsolutno ništa što je štetno. Izbaci kompletno alkohol ili nemoj kompletno da ga izbaciš. Mislim, **kompletno ti se menja život. Malo je stresno. Malo više.** (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

Tako da, po kući ne radim ništa bukvalno. Jer sam u fazonu samo da im predam jajne ćelije posle toga brate živela sloboda dok čekam kad će da ih vrata. Jer stvarno nemoj da dižeš teško, nemoj ovo, nemoj ono, najlakše mi je ništa. Bolje nego da se tripujem opet neki đavo sam uradila. (Iva, 32, u trećem postupku)

Tokom postupka žene osluškiju svoje telo i pokušavaju da ga bolje razumeju, da prepoznaju korisne signale i budu mu saradnice na putu ka trudnoći. Telo je ovde vredan izvor informacija, međutim, budući da je ulog vrlo visok – da li će doći do trudnoće – nekada je ovo osluškivanje za njih sasvim sluđujuće jer je otvoreno za interpretaciju (npr. senzacije u donjem delu stomaka mogu biti signal i trudnoće i početka menstrualnog ciklusa).

Pa samo osluškujem sebe, da l' me nešto žignulo ovde, da li imam neki osećaj, da li mi telo nešto govori, kakvi su simptomi, da li je krenulo, da l' se nešto zakačilo, da l' nije. I tad je stvarno tih zadnjih pet dana, ogromna neizvesnost, tako da mi je to najteži period. (Irena, 37, u petom postupku)

Osluškujem onako svoje telo koliko god da neću, negde već oko petog dana su mi krenuli kao neki menstrualni bolovi dole kao pred ciklus. Tako da sam se ja uplašila možda ću ja da dobijem ciklus pre nego što ću da stignem do bete. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Telo žene igra veliku ulogu u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje, kao izvor problema, kao izvor informacija i kao potencijalni saradnik. Tokom celog iskustva žena se usmerava na svoje telo, i paralelno sa medicinskim posmatranjima i intervencijama, ona ga posmatra i njime upravlja. Žene se oslanjaju na svoje telo, u nadi da će, negujući ga i poštujući instrukcije medicinske struke od tela dobiti pozitivne signale koji ukazuju na trudnoću. Međutim, budući da su izložene različitim vrstama terapije i medicinskih intervencija, žene u telu osećaju neprijatnost i bol gotovo kroz celo iskustvo, a telesne senzacije nekada mogu biti i signali za opasnost. U narednom odeljku biće analizirana upravo iskustva telesne neprijatnosti i bola, kako ih žene osmišljavaju i kako ih koriste u navigiranju kroz iskustvo.

Bolovi i neprijatnosti

Treba istaći da su iskustva telesnih neprijatnosti i bolova zajednička za sve učesnice. Naročito je značajno da na telesne neprijatnosti žene nisu sasvim pripremljene i da se u tome vidi pretpostavka okruženja ili medicinske struke, da će žene rado i bez primedbi prihvatiti sve što ih čeka jer to rade imajući u vidu trudnoću kao cilj. Drugim rečima, medicinsko osoblje ne pruža informacije o potencijalnim reakcijama na terapiju, intervencije i način na koji je medicinska procedura uređena. Može se pretpostaviti da je to usled očekivanja da povremene neprijatnosti nisu velika cena koju žene plaćaju kako bi ostale trudne.

Neke od žena su izrazile otvorenu zabrinutost za svoje blagostanje kada je reč o hormonskoj stimulaciji, zasnovane na sopstvenim porodičnim istorijama ili ličnom informisanju. Samo u jednom slučaju, lekar¹⁷ je bio taj koji je prokomentarisao mogućnost da terapija dovede do nekih posledica po organizam.

Čoveče vantelesna je znači, moje telo trpi. Ko zna kakve ću da imam posledice za 20 godina. Mislim realno. Šta ne znam, mislim da medicina nije do kraja ni svesna svih tih hormoni koliko utiču na ženino telo. (Iva, 32, u trećem postupku)

I onda i mislim za tu stimulaciju da li možda utiče na neke druge stvari koje možda i nisu dokazane otkud znam. Jer to je velika količina hormona koja se primaju. A meni je ovo peta stimulisana bila. Tako da kad se to sve sabere, jako je puno injekcija i hormona i sve. Pa se onda nekad pitam da li to možda može da izazove i neku posledicu na neke druge stvari. (Irena, 37, u petom postupku)

Ovo je višestruko interesantno – ukoliko nuspojave hormona postoje, odnosno neki dugoročni efekti na njihove zdravlje, žene o njima saznaju iz ličnih kontakata ili istraživanja zasnovanim na sopstvenoj anksioznosti, a ne od medicinskog osoblja. Štaviše, čak i ukoliko se terapija smatra bezbednom bez obzira na opšte zdravstveno stanje žene i broj prethodnih postupaka, osoblje na klinikama ne odvajava vreme da to sa pacijentkinjama komunicira. Drugim rečima, ženama ostaje da strahuju i pretpostavljaju posledice zato što njihove brige nisu shvaćene ozbiljno niti uzete u razmatranje. Jedan od primera za apsolutno diskreditovanje brige žena i svođenje posledica hormonske stimulacije na promene njenog raspoloženja je u nastavku:

Pitala sam i kad sam dobila terapiju, medicinsku sestru, da li postoje neke nuspojave, ona mi je rekla: „Ne, sem za supruga, ipak ste pod hormonima“. (Kristina, 36 u trećem postupku).

Neke od neprijatnosti su sasvim bezopasne i učesnice su se kroz humor borile sa njima, međutim nisu sasvim bezazlene budući da im i dalje figuriraju u iskustvu.

Nije baš priyatna situacija, da sad ja mogu da pričam, ne znam kako je ženi, da li joj je do priče uopšte, piški joj se kao i meni. (smeh). Pola sata smo gledale Netflix i odbrojavale kad možemo da idemo u wc jer su nam rekli kao sat vremena ležimo. Posle sat vremena smemo da idemo do wc-a. (Angelina, 30, u prvom postupku, nakon embriotransfera)

Međutim, žene su neke od neprijatnosti doživljavale kontinuirano i suočile se sa time da telesne senzacije utiču na njihov kvalitet života i da ih ozbiljno brinu. Bar u nekoj od faza, sve

¹⁷ I on (lekar) je rekao “Dobro, ali nemojte sve i po svaku cenu”. I ja sam ga pitala šta to treba da znači. I on je rekao: “Te hormone koje žene piju mogu kasnije da, ti hormoni mogu kasnije da izazovu neke druge vrste problema kao što je karcinom dojke, karcinom grlića materice i tako dalje”. Tako da, po njegovoj preporuci, žene ne bi trebale da rade više od dve vantelesne, kad se krkaju onim svim silnim hormončinama. (Andrea, 31, u prvom postupku)

učesnice su iskusile bolove: nekad usled uzimanja terapije, uključujući i hormonsku terapiju tokom stimulacije (na primer, podlivi i bolovi od uboda), nekad usled posledica intervencija (HSG¹⁸; aspiracija, transfer) a u nekoliko slučajeva, usled hiperstimulacije, žene su dovedene u životne opasnosti čiji signal je bio izrazito jak bol. Kao što je već rečeno, neprijatnost i bol u izvesnoj meri su nužan deo iskustva.

Međutim, u roku u sat i po dobijem užasne bolove. Krvarim, i ta scena, sela sam na wc šolju, bolovi su da ja ne znam ni gde će, ni šta će izaći. Povraća mi se, znoj me obliva hladan, nemam vazduha. Suprug zove, kaže: „Boli je mnogo, šta da radi?“. „Pa kao, nije to ništa strašno, kao neka popije nešto za bolove“. (Dunja, 32, u trećem postupku)

Baš sam se osetila prevarenom bukvalno, posle transfera. Čekajte, pa kao rekli ste da je najgore prošlo. Znači meni je ono, svaki treći dan - gori dupe, da izvineš. Znači, bukvalno taj progesteron toliko peče naknadno. Ne dok se daje, nego posle. I ceo dan boli. Ne, znači ne smem da se naslonim uopšte na tu stranu. (Sara, 36, u prvom postupku)

Važno je napomenuti da ove promene koje su doživela i bolna i neprijatna iskustva nisu značajno menjala dalji režim i tok postupka vantelesne što se i vidi u tome koliko su dugo kroz neke od ovih neprijatnosti i bolova prolazile – medicinsko osoblje im poručuje da istrpe, odnosno „popiju nešto za bolove“ i sačekaju da bolovi prođu. Drugim rečima, njihov bol i patnja nisu signal da nešto u tretmanu treba da se promeni.

U nekim slučajevima doživljene neprijatnosti i bolovi nisu bili lokalizovani i nisu se ticali prostog uzimanje terapije. Neki hormoni (ili neke doze hormona) imali su tendenciju da u potpunosti promene svakodnevnicu žena i utiču na njihovo celokupno fizičko i psihološko stanje. Čak i ni u ovim situacijama medicinsko osoblje ne uzima kao relevantno življeno iskustvo žene i njene očigledne simptome lošeg reagovanja na terapiju.

Shvatila sam da se ovaj put ta crvena tačka proširila, ta je bila poput nekog ujeda pauka, sa kapilarnim promenama koje su krenule. Ja sam imala telefon za hitne slučajeve, pozvala sam kliniku, rekla šta se dešava. Oni su rekli imate alergijsku reakciju na nešto i rekli su mi da uzmem antihistaminik. (...) Ja sam pozvala da pitam da li da nastavim sa tim (lekom) i oni su rekli da nastavim. Sve posle toga je za mene bio neki horor film, i ostao bukvalno horor film. Ja sam počela prvo da razvijam na koži promene, gde je bio ubod tu se razvijala vrsta pliha (...). Meni tad počinje ogromno krvarenje, ja počnem da osećam malaksalost, nizak pritisak, nesanicu, nemogućnost da uopšte mislim. (Azra, 38, nakon prvog neuspešnog postupka)

Taj diferelin je bio nešto najgore što sam ja u životu iskusila. (...) Mrzim sebe, mrzim čitav svet. Ja sam deset dana to primala i tek onda odlazim na ultrazvuk. Šta je njihova greška, vi koji god lek da otvorite i pročitate, pošto je rad sa hormonima, zahteva se da se ti hormoni na dva do tri dana vade i prati nivo. Oni to nisu radili. (Dunja, 32, u trećem postupku)

Treba istaći da se žensko zdravlje tradicionalno zanemarivalo, i to ne samo u lokalnom medicinskom kontekstu, već i u širem smislu. Istorijski, ženska potrebe i mentalno i fizičko zdravlje

¹⁸ HSG (hysterosalpingogram) ili kolokvijalno „prođuvavanje“ jajovoda je procedura ispitivanja prohodnosti jajovoda, odnosno ispitivanja da li se jajna ćelija tokom ovulacije oslobađa pravilno kako bi postojala šansa za njenu oplodnju.

su sistematski zanemarivani a njihove patnje ignorisane¹⁹. Ženski bol ili telesne potrebe nisu razmatrane sa podjednakom pažnjom kao muške, niti im je pridavan značaj, a često su i neadekvatno tumačene i delegitimizovane (Cleghorn, 2022). Zbog toga treba postaviti pitanje da li su neke odluke u vezi sa time kako postupak vantelesne oplodnje izgleda donete opet uz ignorisanje potreba žene. Naročito jer postupak vantelesne oplodnje čak ni prividno nije namenjen očuvanju njenog zdravlja ili njegovom poboljšanju, namenjen je ostvarivanju trudnoće. Kada se žene žale na bolove, modrice, nemogućnost odlaska u toalet, teško disanje, prioritet je i dalje – trudnoća. Od njih se očekuje da neprijatnost i bol izdrže, trpe, sačekaju da prođe, podrazumevajući da to nije visoka cena za ono što ih na kraju tog puta možda očekuje. Čak i u situacijama ekstremnog bola, prva reakcija medicinskog osoblja je da reaguje na ženine emocije, a ne na uzrok problema, i ubedi ih da su takvi bolovi nakon aspiracije očekivani, sve dok njihova stanja ne postanu dovoljno hitna i kvalifikuju ih za operaciju. Dan pre hitne operacije usled torzije jajnika, Mitra je bila na ultrazvučnom pregledu.

Mene je doktorka pregledala ultrazvučno i rekla kao imaš blagu hiperstimulaciju jer si imala mnogo jajnih ćelija, jajnici su dosta, u jednom sam imala 10, ne u jednom 12 a u drugom 5 i onda ovaj od 12 se mnogo opteretio, bio je 3-4 puta uvećaniji nego što je normalno. i onda kao, sve je to u redu, idi kući pij surutku mnogo i proteine kao da se ta hiperstimulacija stiža i to, sve će da bude u redu, transfer i dalje stoji. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Ovo je važno, jer je sasvim očigledno da su vrlo intenzivne fizičke reakcije na hiperstimulaciju moguće, i ne baš sasvim retke. Nakon uvida da je jajnik toliko puta uvećan, Mitra nije dobila savet da se hitno obrati ukoliko oseti bolove. Informaciju da treba hitno da se javi doktoru je dobila od porodičnog lekara, jedinog kojeg je uspela da dobije tokom noći kada su joj se javili bolovi. Slično tome, Anica ističe da klinika za vantelesnu oplodnju ni ne radi 24 sata, stoga kada je doživela najintenzivnije bolove i slobodna tečnost joj se izlila u abdominalnu šupljinu, njima nije mogla ni da se obrati.

Kod nekih učesnica narativi su ispunjeni bolom i taj bol nije ograničen na jednu intervenciju ili na primanje neke vrste terapije, već je prisutan kroz celokupno iskustvo. Drugim rečima, nekima od njih je celo iskustvo vantelesne oplodnje obojeno hitnim stanjima i bolom, bez obzira na starost, redosled postupka, podršku okruženja, status. Na ovom mestu nije ni moguće izdvojiti sva njihova iskustva koja su im donela bol i zdravstvene posledice. Bolovi su u nekim slučajevima bili jasan signal za žene da same preuzmu kontrolu i insistiraju na reagovanju u medicinskom kontekstu.

Bol je bio signal životne opasnosti za Mitru i zahvaljujući smeštaju koji je iznajmila sa partnerom u blizini bolnice, mogla je da bude hitno operisana usled torzije jajnika nakon hiperstimulacije. Anicina situacija bila je slična, hitno je operisana usled hiperstimulacije nakon čega nije ulazila u nove postupke vantelesne.

***Bolovi se nisu nikako smanjivali.** Ja sam pitala prvo šta mogu da popijem jer je to bilo neizdrživo u nekim trenucima i uporno sam pričala doktorima da ja ne mogu da idem u wc, da ja ne mogu da piškim jednostavno je to tolika bol. Bukvalno mi treba 15 minuta **sedanja i plakanja na wc šolji vrištanja** da se meni otvori bešika. (...) Agonija je bila. Bukvalno nisam htela da pijem vodu da ne bih išla u wc. Tu noć ne znam kako sam preživela. (...) Mi smo*

¹⁹ Žene su dugo bile isključivane iz kliničkih istraživanja kako bi se smanjila varijabilnost u ponašanju, pa se tek u poslednje dve decenije donose regulative koje zahtevaju da klinička istraživanja uključe žene (i ženke pacova u slučaju da se radi o testiranjima na životinjama; Schiebinger, 2003).

*došli kući, muž me vuče kao u horor filmu. (...) Ja sam rekla uradite mi nešto ja, **ja umirem, otvarajte me.** (Mitra, 29, u trećem postupku)*

***Negde oko tri, ja bukvalno nisam mogla da se pomerim, meni je stomak otekao skroz. Ja sam njega probudila, mene boli ovo baš ne znam šta je. (...) Međutim, ja u 7 ujutru kad sam ustala, ja sam htela da odem do wc-a ja sam samo pala u nesvest u dnevnoj sobi. Pala sam, izgubila sam svest. (...) Ja sam se samo onesvestila od bolova. (...) Ja sam bila nagnuta na lavabo i da idem u wc, samo sledeći trenutak ja se budim ja sam opet na pločicama dole i sve raskrvavljena glava. Ja sam samo krenula da vičem, zovi hitnu, hitnu, hitnu, ovo nešto definitivno nije kako treba.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

U nekim slučajevim, bolovi i neprijatnost prožimaju celokupno poimanje tela kod žena. Takav doživljaj sebe, neodvojiv od doživljenog bola svojstven je ženama koje se prošle kroz više neuspešnih postupaka i suočile se sa mnoštvom različitih komplikacija.

Toliko sam uznemirena i **toliko me boli sve a boli te telo, bole te grudi, bole te... ma telo te boli,** ne znam kako da ti kažem. (...) Ne znam kako da ti opišem. Besan si na ceo svet. Sve je strašno i **sve te boli.* (Monika, 39, u petom postupku)*

Bol koju Monika opisuje nije samo fizička i to je sasvim očigledno, međutim telesne senzacije igraju veliku ulogu u tome kako se žena oseća kroz ceo postupak.

Ne znam kad ću prestati da **mučim svoje telo.* (Monika, 39, u petom postupku)*

Iskustva opisana ovde zvuče ekstremno, međutim, zajednička su za više žena – u uzorku žena ove studije, snažni bolovi, čak i životna opasnost, nisu retkost. Jedna od učesnica, Marijana, provela je više nedelja u bolnici usled nakupljanja vode u trbušnoj šupljini, kako bi bezbedno održavala trudnoću. Uz Mitru i Anicu, to su tri žene od ukupno 20 koje su prošle kroz vrlo ozbiljne posledice hiperstimulacije – operacije ili višemesečne hospitalizacije. Monika se približavala svojoj četrdesetoj godini, međutim, Anica, Marijana i Mitra koje su prošle kroz izrazite hiperstimulacije su najmlađe i po objektivnim medicinskim standardima najzdravije žene u uzorku, koje su imale između 29 ili 31 godine. Marijana je jedina među njima koja je tokom trajanja ove studije ostvarila trudnoću, inicijalno sa tri ploda, međutim usled mnoštva komplikacija, Marijana je (prevremeno) rodila jednu bebu. Ukratko, važno je ukazati na to da iskustvo izrazitog bola, dugotrajnih posledica i potencijalne životne opasnosti jeste moguće iskustvo za žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju, a može se argumentovati i da nije vezano za starost ili prethodni medicinski status.

Ostvarivanje trudnoće je značajan prioritet za žene i porodice međutim vantelesna oplodnja nije samo ličan i intiman izbor. Ulazak u vantelesnu oplodnju ohrabruju razne društvene strukture podstaknute svojim interesima, ona je za žene besplatna u našoj zemlji i žene mogu proći kroz nju neograničen broj puta. Ovakve odluke govore o prioritetima koji su postavljeni u brizi za žensko zdravlje. Žene u mom uzorku doživele su sitne telesne neprijatnosti, dugotrajne bolove, bile su sprečene da učestvuju u svojim svakodnevnim aktivnostima, bile su operisane i životno ugrožene. Ukoliko su same na to bile psihološki spremne, i nakon tih operacija, mogle su ući u novi ciklus vantelesne oplodnje bez obzira na opšte stanje njihovog organizma. Bolovi nisu znak da režim terapije treba da se menja ili da se vantelesna možda treba zaustaviti, odnosno žensko blagostanje nije informacija koja se koristi u donošenju daljih odluka. Svi bolovi i neprijatnosti, ali i potencijalne dugotrajnije posledice nisu predmet razgovora u medicinskom kontekstu – vantelesna oplodnja se čini kao prioritetan postupak čak i kada može biti ugrožavajući. Žene su nepripremljene za ono što ih očekuje i iznenađene telesnim neprijatnostima koje dožive. Jedino na šta ih je društvo, ali i medicinsko osoblje pripremilo je da im hormoni potencijalno utiču na raspoloženje, te da svoje okruženje treba da poštede svojih emocija.

2c. Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očajanja

Emocionalne reakcije na životne promene, kao što su suočavanje sa neplodnošću ili vantelesna oplodnja, mogu se analizirati na više načina. Na primer, u psihološkoj literaturi bilo je pokušaja da se naprave modeli koji će na osnovu individualnih razlika među ženama, predvideti njihove psihološke reakcije (Verhaak, 2005). U ovoj studiji, neke od karakteristika učesnica koje su korisne za razumevanje njihovih emocija u raznim fazama vantelesne oplodnje su njihova starost (usled nadolazećeg osećaja hitnosti), mesto u kojem žive (zbog statusa koji neplodnost i vantelesna oplodnja imaju u njihovom okruženju), zdravstveno stanje, ali i ranija iskustva u medicinskom kontekstu. Najvažnije, karakteristike po kojima se žene najviše razlikuju su njihova ranija iskustva upravo sa lečenjem neplodnosti, odnosno raniji postupci vantelesne oplodnje. Na primer, neke od žena su prošle kroz više uzastopnih postupaka koji su se završavali neuspešno, nakon kojih su iznova ulazile u nove postupke. Njihove emocionalne reakcije, drugim rečima, nisu u vezi samo sa aktuelnim postupkom i ne treba tako da se tumače. Dugotrajno lečenje i višestruki gubici će ipak uticati na njihove narative i izmeniti način na koji reaguju na svoje lečenje – na primer, ukoliko su se u prvoj vantelesnoj oplodnji nekim koracima radovala, očekivano je da nakon mnogo pokušaja ne osećaju istu vrstu nadanja i entuzijazma (Berg & Wilson, 1991).

Ipak, emocionalne reakcije, iako naravno u skladu sa ličnim istorijama, iskustvima i karakteristikama žena, takođe predstavljaju uobičajene i tipične načine reagovanja na složene, zahtevne i bolne aspekte vantelesne oplodnje. Treba podsetiti na razmatranja iz prethodna dva odeljka u kojima je bilo reči o aspektima postupka koji vrše opterećenje na zdravlje i svakodnevnicu žena – bez obzira na razlike u njihovim ličnim karakteristikama i dotadašnjim iskustvima, intenzitet ili učestalost nekih emocija, naročito negativnih, može se objasniti i zahtevima koje postupak vantelesne oplodnje stavlja pred njih.

Treba istaći da su emocionalne reakcije bile deo svakog od dosadašnjih odeljaka – na primer, već je bilo reči o brizi pri suočavanju sa neplodnošću, frustraciji kao posledici višestrukog opterećenja, strahu usled telesnih promena i zdravstvenih komplikacija. Međutim, na ovom mestu biće predstavljen emocionalni obrazac specifičan za prolazak kroz postupak vantelesne oplodnje – dobro poznati emocionalni ciklus „nade i očaja“ koji podrazumeva nadu motivisanu ulaskom u medicinski kontekst, podstaknutu poverenjem u VTO postupke, ali i nemoć, strah i razočaranje koji se javljaju u različitim kasnijim fazama (Chan et al., 2016).

Celokupna istorija iskustava vantelesne oplodnje može uključivati više neuspešnih postupaka u okviru kojih se prolazi kroz ciklus pripreme i prikupljanja nalaza, komisije, stimulisnog postupka, aspiracije, transfera i iščekivanja rezultata testa na trudnoću. Ipak, vantelesna oplodnja je postupak za dobijanje deteta. Ona sa sobom nužno nosi i pozitivne aspekte, bar nadu i optimizam u nekim fazama, što je takođe karakteristično za sve učesnice. Naravno, ulazak u novi postupak povod je za nadanje da će on i uspeti. Uz poverenje u vantelesnu oplodnju kao u tehnološki napredan postupak i poverenje u medicinski kontekst, ulazak u postupak i priprema za njega često su dobra vest i daju ženama povod za radovanje (Kondaveeti et al., 2011).

Bila sam jako uzbuđena oko toga svega. Koliko li će biti tih jajnih ćelija, šta li će biti tamo dalje. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka)

Ceo taj postupak, ja inače sam baš vesela kad to krene. i ti lekovi i to, ultrazvuk tako da super, krećemo, baš mi tad neki period kao raduješ se, ne znam, uvek imam nadu. Ne znam. Imam i sad, ja verujem da će taj treći put da uspe. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Optimizam i nadanje javljaju se u još nekim trenucima tokom postupka. Na primer, aspiracija i embriotransfer su se izdvojili kao događaji koji su pozitivni, bar u izvesnoj meri, i ne predstavljaju dodatne stresore za ženu. Ovi događaji su značajni koraci u iskustvu vantelesne oplodnje i vrlo brzo nakon njih se postupak završava. To su istovremeno i dva događaja koja se dešavaju u bolnici, obično uz prisustvo drugih pacijentkinja. Govoreći o ovim iskustvima, učesnice su uglavnom opušteno i optimistične, te ne izdvajaju posebna osećanja opterećenja i anksioznosti.

Bile su, kad sam ušla gore u sobicu, bila je jedna žena. Druga je došla posle, onako, malo smo popričale, uvek razmena iskustava, ko je imao pre, ko nije, ko je koliko dobio jajnih ćelija i tako dalje. I ne znam, nekako, opuštena sam bila na tom transferu, skroz sam onako bila. Sve mi je bilo poznato i onda mi je onako bilo stvarno, relativno opušteno. (Hana, 38, u trećem postupku, na privatnoj klinici, u postupku finansiranog sredstvima iz RFZO-a)

Na kraju sam ja vrhunski podnela i to uspavljivanje i buđenje. Zaista sam se brinula, međutim, ja sam bila u sobi sa još dve žene gde sam im pustila muziku i zaludivala da me neko pusti da pušim što naravno niko me nije pustio ali moje je bilo da pitam. (Iva, 32, u trećem postupku, u državnom kliničkom centru)

Super iskustvo, to je tako nekako, mislim baš je, ono, normalno i okej, i banalno, i lako, i bezbolno... I fino, skroz okej. Imala sam super neku cimerkicu, ja se zezam cimerku, u sobi, iz Pančeva. Pa smo se na kraju i smejele, bilo je ono daj da razmenimo telefone. Pošto, kad dođeš, pa izgovoriš glasno ime i prezime, da ti slučajno ne daju pogrešan embrion, znaš. Reko', slušaj ti, reko', daj da mi razmenimo telefone, ako se, ako vidimo da ne liče nešto, (smeh) da se mi menjamo na vreme. (smeh) (Ljubica, 39, u prvom postupku, koji je samostalno finansirala)

Pri opisivanju iskustava aspiracije i embriotransfera, čak i kada je reč o samostalno finansiranim postupcima, deo narativa su i druge žene koje su bile prisutne i u tom trenutku, ne samo delile slične probleme nego prolazile kroz isti deo postupka. Načelno, boravak među drugim ženama olakšavao je celokupno iskustvo učesnicama ove studije, i ukoliko su izdvajale trenutke opuštenosti, to su često bili trenuci koje su delile sa drugim ženama. Druge žene nekada su igrale samo ulogu distrakcije, nekada su bile podsetnik da situacija može biti i gora, a nekada da postoji nada i da bude bolje. Drugim rečima, prisustvo drugih žena omogućavalo je učesnicama ove studije da se pozicioniraju i bolje razumeju svoje iskustvo. Značaj susreta sa drugim ženama u ovoj specifičnoj fazi koja se odvija u bolnici (aspiracija i embriotransfer) govori o tome da je vantelesna oplodnja tokom većinskog dela postupka poprilično izolovano iskustvo koje nije vidljivo i materijalizovano dovoljno da bi osobe iz okruženja to primetile (kao što je slučaj sa trudnoćom), a istovremeno nije ni dovoljno normalizovano i nestigmatizovano da bi žene o iskustvu otvoreno govorile. Na kraju, iako samo iskustvo nije retko, žene nemaju uvek u okruženju nekoga ko prolazi kroz slično, stoga je prilika da iskustvo podele sa ženama u sličnoj situaciji dobra prilika za njih da se bar privremeno osećaju "normalno"²⁰. Normalizovanje čitavog iskustva im vraća optimizam i poverenje u postupak, budući da ih podseća na to da nisu jedine koje prolaze kroz slično. Naredna dva iskustva dolaze iz dva različita okruženja – državnog kliničkog centra i samostalno finansirane vantelesne oplodnje na privatnoj klinici.

²⁰ Dodatno je zanimljivo da je susret sa ženama najčešći, i to u svim fazama postupka, baš u najvećim zdravstvenim sistemima, kakvi su državni klinički centri. Iako će u kasnijim poglavljima opterećenost pacijentkinjama na klinici sa vantelesnu oplodnju biti posebno prokomentarisana, na ovom mestu treba ukazati na to da u relativno usamljenom iskustvu kakva je vantelesna oplodnja, susret sa drugim pacijentkinjama neretko ima i pozitivnu, protektivnu ulogu.

*Sama sam se bockala prvih par dana, posle toga sam išla svaki dan tamo. Čak mi ni to tamo, nekako mi čak bilo i zanimljivo. Svaki dan sam upoznavala neke druge žene, svako ima svoju neku priču, znaš tamo sediš po dva tri sata čekaš red pa ono ispričam se, **upoznam žene vidim neka njihova iskustva i onda mi malo – nije mi teško palo, malo me je opustilo.** Znaš ono, kad, nekako, mislim možda je to ružno, ali znaš vidiš da je tek početak, da neko je prošao nešto mnogo gore pa eto ima snagu da sad opet ide dalje i onda znaš, nekako to daje samopouzdanje nekom ko je tek u startu. (Angelina, 30, u prvom postupku, u državnom kliničkom centru)*

Pa jednostavno, menjamo iskustva, ova devojka koja je trudna, nekako mi je i lakše, okej, lakše mi valjda zato što je uspela. To nekako zaista daje nadu kad je neko prošao i kad je uspeo, daje nadu da će uspeti. (Kristina, 36 u trećem postupku, koji je samostalno finansirala)

Još jedan faktor koji je aktivirao nadanje i optimizam među učesnicima bio je uvođenje neke promene u postupak. Ako bi na primer promenile lekara ili primetile da se drugačije osećaju tokom stimulisanog postupka, to su tumačile kao dobre signale i dobre korake ka uspešnom celom postupku.

Prosto sam i dalje u šoku da možeš da prođeš dobro kod lekara. Svi su bili toliko fini i pažljivi. Još uvek se oporavljam i leškarim, ali već sam značajno bolje nego juče. Uzbudena sam i jedva čekam da mi jave kada će biti transfer. (Sara, 36, u prvom postupku)

Eto, sad sam opet u nekom novom, ne znam, u nekoj novoj emociji i psihičkom stanju, da mi je opet to sve pomešano. Tako da, eto, danas ponovo idem kod doktora da vidi dokle su stigli ti folikuli, juče su narastali dobro tako da možda već večeras dobijem tu stop injekciju. Ne znam kako smo odmah krenuli dalje i to mi je dalo neku novu energiju i ne znam, nove osećaje. (Irena, 37, u petom postupku).

Iz ovoga se vidi da se nadanje i optimizam mogu vezati za svaki aspekt iskustva koji ih čini jedan korak bliže potencijalnoj trudnoći. U literaturi ovo je prepoznato kao „relativan uspeh“, odnosno, zadovoljstvo u svakoj fazi iskustva koja se završila pozitivno i omogućila prelazak u narednu fazu (Franklin, 2002). U Sarinom slučaju, novi talas optimizma bio je pokrenut pozitivnim iskustvom koje je imala na klinici za vantelesnu oplodnju, a u Ireninom bila je ot nova strategija lečenja, odnosno prikupljanje jajnih ćelija iz prirodnog ciklusa. Drugim rečima, pozitivna očekivanja se mogu javiti u raznim trenucima iskustva i prisutni su kod svih učesnica, makar i usled zamišljanja dalje budućnosti u kojoj će želja da se porodica proširi biti ostvarena.

Ja i dalje imam inat u sebi da to izguram do kraja i da u tome uspem. Ja znam da će moje vreme doći i da će to sve biti okej. (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)

Ja već planiram da ne mogu da skijam, znaš. Ja konstantno planiram, planiram da sam trudna non stop, ovaaj (kroz smeh)... Kao, ako idemo, aha, ja verovatno neću moći, i kao okej sam s tim da te neke stvari neću moći. Tako da sam ja u svojoj glavi i trudna u sledećoj godini. (Andrea, 33, u prvom postupku)

Ukratko, ženama ne izmiče iz vida da su u postupku sa željenim ciljem. Svaki aspekt iskustva koji im vraća nadu u postupak ili uliva poverenje da rade nešto ispravno je ohrabrujući, a planiranje budućnosti koje uključuje život sa decom ih umiruje. Ako bi morale da crpe nešto pozitivno iz celog iskustva to je upravo zamišljanje budućnosti sa detetom. Drugim rečima, vantelesna oplodnja, iako zahtevan i složen postupak, bar potencijalno vodi trudnoći pa su i emocije vezane za cilj pozitivne, iako emocije vezane za postupak ne moraju uvek biti. U skladu sa time je i tendencija učesnica da prepoznaju vantelesnu oplodnju kao nešto vredno ulaganja vremena i resursa zarad vrednog cilja. Ova tendencija prisutna je i u literaturi – uprkos svim opterećujućim aspektima,

vantelesna oplodnja ipak je način da se ostvare životni planovi (Dornelles et al., 2016), stoga se izazovi postupka prihvataju. Čak i kad nisu sklone pozitivnim emocijama, žene su sklone prihvatanju negativnih aspekata, onoga što ih čeka i spremne da se suoče sa potencijalnim izazovima.

*Nekako pristupam tome kao, **pa dobro mora da se prođe kroz to** da bi se došlo do cilja jednostavno to je to, stisni zube i ajde. Kao i za većinu stvari u životu, šta da se radi. Tako da, to je to. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

*I sećam se bilo je dana kad nisam osetila ubod i nisam osetila davanje terapije. Bilo je dana kad me zaboli do malog mozga znači bukvalno **ali nekako na to sam stvarno gledala kao nešto što mora da se prođe i to je to.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

Prethodne dve opisane reakcije značajan su deo iskustva, između ostalog i zbog toga što se odigrava u medicinskom kontekstu. Prolazak kroz telesne neprijatnosti koje smatraju malom cenom, tipično je za iskustva koja će se završiti pozitivno, pa se njihovom samom kvalitetu pridaje manji značaj (paralela se može povući i sa porođajem).

U literaturi se razmatra i strah kada je reč o ulasku u medicinski kontekst (Dornelles et al., 2016) i prolasku kroz intervencije i preglede na telu. Može se reći i da se telesne neprijatnosti do neke mere mogu tolerisati, ali da žene ipak prepoznaju trenutak kada su njihove granice pređene. Neke učesnice iskusile su naročito neprijatne intervencije kojih su se plašile, što zbog medicinskog konteksta koji se doživljava kao hladan i otuđujuć (na primer u proceduri ispitivanja prohodnosti jajovoda), što zbog nedostatka iskustva i neizvesnosti (načelna anksioznost kada je reč o iglama i anesteziji).

*I onda sam se tu malo uspaničila (...) Baš sam bila u čudu i onda sam **kad sam legla na tom prehladnom stolu počeli su da ulaze doktori i 3-4 sa njim.** Jedan od njih je bio ovaj za ovu anesteziju da mi da. **Oni su svi bili obučeni kao neki mesari** sa onim keceljama, nije se video ko je ko, zato što su svi imali zbog rentgena maske i one kecelje kao neke gumene metalne nemam pojma ni ja, znam da je bilo narandžasto nešto, nemam pojma. Tu sam se već... i onda su krenuli još medicinska **sestra je krenula da vozi ona kolica sa ovalikim šipkama bukvalno od metar metalnim**, nekim štipaljkaма verovatno za grlič materice, sve je bilo metalno. i tu sam već krenula od straha da se onako smejem ali osećam da mi je telo ledeno verovatno koliko mi srce kuca ni cirkulaciju više nemam i onda se sećam da sam rekla anesteziologu, molim te uspavaj me je l' može to brže. (...), i onda mi je čovek pošto je video da sam ja onako, **ko zna kako sam izgledala, preplašila sam ga, on mi je odmah dao anesteziju** i sećam se samo neko ogledalce je bilo gore iznad i da sam sebe gledala u tom ogledalcetu kao uspavaj se, uspavaj se bukvalno. baš što pre, dok ne ustaneš i ne pobegneš. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

***Bukvalno strah** i nestaje kad već uđem u doktorke. Ali prisutan je dok ne uđem, bukvalno je prisutan, osećam ovde da je nešto... (pokazuje na stomak). **Ja se plašim i igle i toga...** Mislim, plašim se, malo sam osetljiva na bol. (Kristina, 36, u trećem postupku)*

Treba uzeti u obzir da iskustvo vantelesne oplodnje nije baš svakodnevno, i da čak i kada se ponavlja, neki aspekti mogu biti novi. Nije iznenađujuće da žene koje prvi put prolaze kroz neku proceduru tokom posete lekaru osećaju ozbiljne emocije straha i zabrinutosti za svoje zdravlje, posebno ako to rade same i u bolovima. Ukratko, pozitivna očekivanja i prihvatanje izazova u izvesnoj meri imaju rok trajanja. Za različite žene do „preokreta“ u emocionalnom reagovanju, od inicijalnog nadanja, do straha ili razočaranja, dolazi u različitim fazama, međutim, prolazak kroz celo iskustvo bez javljanja negativnih emocija je retkost.

Nakon pregleda i pripremnih intervencija, žene očekuje i stimulacija rasta jajnih ćelija, što može biti povod za zabrinutost. Za neke žene, hormonska terapija je nepoznanica, a za druge podsetnik na ranija negativna iskustva.

Dan, dva pre, to je već nervoza. Znaš, to je već...Sve ti je kao kul i u principu spremna si na svaki mogući ishod, ali više ti je preko glave svega, i više samo hoćeš to da uradiš, i da znaš na čemu si. (Ljubica, 39, u prvom postupku, pred transfer).

Hormonska terapija je za neke žene bila bezbolan i kratak deo iskustva, ali to ne važi za sve. Osim brige za tok terapije, žene prolaze kroz telesne promene (razmatrane u prethodnom odeljku) koje se mogu odraziti i na njihovo opšte stanje i na raspoloženje.

Onda kada kreneš sa tim tako hormonima, onda možeš samo da detektuješ šta se dešava, ali uopšte više nekako nemaš kontrolu. Sve je bilo, ja sam prosto bila sva otečena, grudi su me bolele, ali nije ništa poznato. Hormoni su, jasno mi je, ali sve je nekako predimenzionirano, skroz je nekako drugačiji osećaj. (Jana, 41, nakon jednog neuspelog pokušaja)

Ja sam sve vreme plakala, ili plačem ili spavam. Osećala sam se depresivno, to neće izaći na dobro, ja neću imati jajne ćelije, osećam da je moje telo pod potpunim stresom. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja sa ozbiljnom alergijskom reakcijom na terapiju)

Strah je značajna emocija u iskustvu vantelesne oplodnje i vezan je za telesne senzacije, ali i za viđenje sebe i sopstvene budućnosti. Na primer, jaki bolovi su zastrašujući i mobilišu žene da se pokrenu i traže lekarsku pomoć. Nažalost, jaki bolovi zaista mogu biti signal hitnog stanja i više učesnica u uzorku iskusiло je neplanirane intervencije o čemu je bilo reči u prethodnom odeljku. Dalje, strah je u vezi sa time da li će terapije i produženi stres imati posledice po njihov život, što su neke učesnice takođe jasno artikulisale.

Na kraju, žene se najviše plaše negativnog ishoda vantelesne oplodnje. Znajući zašto su u postupku i šta im je cilj, izvor najvećeg straha je saznanje da se to ne mora ostvariti. Prvi razlog za ovo je sasvim očigledan, budući da je trudnoća, odnosno proširenje porodice cilj, žene se plaše da na kraju postupka ipak neće biti trudne i to je dovoljno da osećaju strah. Dalje, svako osujećenje ovog cilja nije samo frustrirajuće, već ih može vratiti na početak. Strah nije vezan samo za ishod konkretnog postupka, u njemu se sadrže i propala emocionalna, telesna i materijalna ulaganja, bolovi i porodična očekivanja, te neostvaren ishod znači pokretanje celog ciklusa iznova. Drugim rečima, cena koju žene plaćaju nije velika imajući u vidu najpozitivniji ishod (rođenje deteta), ali je prevelika ukoliko se na kraju postupka ipak vraćaju na početak (Franklin, 2002).

Ja sam se sve vreme najviše plašila ishoda, to jest ovoga što sledi, tog testiranja na betu. Ja nikad nisam ulazila u anesteziju i nisam se plašila toga. Više sam se bojala toga šta će da mi kažu, koliko će jajnih ćelija biti. (Marijana, 31, u prvom postupku)

I ja se uplašim da nešto nije okej. Mislim, jer, jebiga, iz postupka u postupak sam naučila da uvek nešto može da ne bude okej, mislim. (Iva, 32, u trećem postupku)

Ipak, kao i kada je reč o drugim promišljanjima i aspektima iskustva, ni emocionalne reakcije nisu jednostavne. Postupak je dugačak i složen, a ima tendenciju da se i usložnjava. Iako su žene u ranijim fazama bile sklone optimizmu ili bar prihvatanju izazova, u nekim kasnijim fazama osećaju strah i zabrinutost dok to ne dovede do iscrpljenja njihovih resursa, pa osim brige i straha, osećaju nemoć da izdrže zahteve stavljene pred njih. Naredna dva citata ukazuju na to da osećaj nemoći može da se javi i iznenada i nezvezano za prethodna iskustva – prvi citat dolazi od učesnice koja prvi put kreće na vantelesnu oplodnju i nije imala nikakvo predašnje negativno iskustvo, dok drugi citat

dolazi od učesnice koja je usled hiperstimulacije bila hospitalizovana, pa čak i znajući da je trudna, osećala je da se sa teškoćom suočava sa situacijom.

I to mi je bilo kao, ja ovo ne mogu, ovo je katastrofa, ja ovo ne zaslužujem, zašto ja, svi drugi ljudi rade ovo zato što postoji neka indikacija da se ovo radi. Mi nemamo nikakvu indikaciju za ovo, zašto ja sad ovo sebi priređujem. (Andrea, 33, u prvom postupku)

To je stvarno mnogo grozno bilo. Ja sam se toliko deprimirala, ja sam toliko plakala, znači bukvalno, nisam ni mogla da pričam zato što me gušilo i zamaralo i ja preko poruka kažem ja više ne mogu da izdržim rekoh otvoriću ovaj prozor i izleteću preko prozora. Sve te stisne u tom momentu. Ti kao misliš tu si, sto lekara je oko tebe, svi kao nešto rade, a tebi ništa bolje nije. (Marijana, 31, u prvom postupku, o boravku u bolnici nakon hiperstimulacije)

Emocionalni ciklus opisan u ovom odeljku kreće se od optimističnih očekivanja na početku ciklusa, preko prihvatanja svakodnevnih teškoća kao što je uzimanje terapije, zatim nestrpljivosti i strepnje usled neizvesnosti, do straha za lično zdravlje i straha za ishod postupka. U okviru ovog ciklusa, kada žene oseće da nemaju kapaciteta da se suoče sa zahtevima vantelesne oplodnje, osećaju i nemoć.

Kulminacija postupka može biti ili izrazito pozitivna – zdrava trudnoća, ili izrazito negativna – gubitak ili prekid postupka. Gubici će biti posebno analizirani u skladu sa time što su višeznačni i mogu se javiti u različitim fazama iskustva (usled praznih folikula, tokom odmrzavanja embriona, usled komplikacija od hiperstimulacije, jer nije došlo do trudnoće, usled biohemijske trudnoće i, na kraju, jer se trudnoća prekinula), te prevazilaze analizu emocionalnih reakcija tokom ostatka postupka. Kada je reč o pozitivnim ishodima, žene su u situaciji da ih dugo očekuju, da iznova za njima tragaju, i da čak u slučaju trudnoće, brinu i strahuju od komplikacija, o čemu će biti reči u okviru narednog odeljka (*Vantelesna oplodnja kao trka na duge staze*). Drugim rečima, kao i trajanje i tok postupka, emocionalne reakcije žena su složene. Njihova osećanja se tokom postupka, kao i tokom celokupnog lečenja menjaju, a u vezi su sa karakteristikama postupka, dotadašnjim iskustvima i resursima koje imaju na raspolaganju. Neizvesnost u pogledu toga na koji način će se postupak završiti i sa kojim ishodom je jedna od ključnih karakteristika vantelesne oplodnje i biće razmatrana u narednom odeljku.

2d. Vantelesna oplodnja kao trka na duge staze

Kao što je više puta rečeno do sada, postupak vantelesne oplodnje ispunjen je neizvesnošću. Neizvesnost ne leži samo u neizvesnom ishodu – da li će postupak biti uspešan i rezultirati trudnoćom nije jedino neodgovoreno pitanje na početku postupka. Čitav postupak, sastavljen od više faza, ima nejasan početak (da li će se identifikovati neplodnost, uputiti odmah na vantelesnu ili pokušati sa drugim intervencijama), neizvestan tok i trajanje (dužina i vrsta terapije, konteksti u kojima se ona administrira i prati) i završetak (kada i sa kojim ishodom će vantelesna biti završena).

I mi same nismo svesne koliko je ovo maraton. (Iva, 32, u trećem postupku)

U literaturi, a i u prethodnom citatu, prisutno je poređenje sa trkom sa preprekama (eng. „the obstacle course“: Franklin, 2002) – gde je načelan cilj svima unapred poznat, međutim, na putu do tog cilja žene očekuje mnoštvo različitih birokratskih odlaganja, rešavanja usputnih zdravstvenih problema i neočekivanih ishoda (Cunnigham & Cunningham 2013; Throsby, 2004). Uvid o kompleksnosti postupka je i za učesnice ove studije bio iznenađujuć, što sigurno govori i o medijskim reprezentacijama vantelesne oplodnje, kao i o kvalitetu informacija koje su mogle da dobiju. Važno je istaći da medijska slika vantelesne oplodnje ili slika koja se gradi na klinikama gde

se vantelesna oplodnja sprovodi jeste slika o naprednosti tehnologije i o uspehu (Daniluk, 2001). Zdravstveni radnici, pretpostavlja se, nemaju dovoljno vremena da bi se psihološkim potrebama žena posvetili, pa tako izostaje obuhvatno i pravovremeno informisanje o tome kako postupak izgleda i kako se može završiti. Ukratko, žene ni nemaju gde da dobiju drugačije informacije osim jedne od drugih, a i tu su nailazile na prepreke o čemu će biti više reči u odeljku *Uloga neposrednog društvenog okruženja*.

Ja sam mislila da je to proces ono, postoji taj embrio glue, to se to zalepi, da nema šanse da prestane da se razvija, da to svima uspeva, međutim, nije to. (Maša, 43, u petom postupku)

Ja sam dosta živela u zabludi da vantelesna ne može da ne uspe, ja sam mislila da to uvek daje rezultat. To sam tek kasnije posle saznala kako to u stvari sve izgleda. (Irena, 37, u petom postupku)

Probudila sam se, došao doktor i kao imate šest jajnih ćelija. Ja kao super. Nisam ni kontala da tih šest jajnih ćelija ne mogu sve da se oplode, nisam, u tom trenutku nisam. (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

Neočekivani aspekt iskustva koji dodatno oslikava njegovu kompleksnost su teškoće u ocrtavanju njegovih granica – početka i kraja. Utisak učesnica u vezi sa time kada je postupak otpočeo i koliko već traje, značajno varira i zavisi od njihovih dotadašnjih ulaganja. Iako se učesnice mogu kategorizovati po objektivnim fazama postupka – neke su više „odmakle“ od drugih, to nije najznačajniji marker njihove procene toga koliko postupak već traje. O ovome dosta govori i trenutak kada su se javile za učešće u istraživanju. Poziv je bio namenjen ženama koje se nalaze na početku postupka vantelesne oplodnje a učesnice ove studije su bile u vrlo različitim fazama postupka. Na primer, neke od njih su se pripremale za komisiju ili su je iščekivale. One su do tog trenutka već prošle kroz mnoštvo testova i intervencija koje predstavljaju pripremu za vantelesnu oplodnju (HSG, histeroskopija, inseminacije), pa je njihov doživljaj bio da je postupak otpočeo (npr. intervjui sa Andreom su obavljeni dok je ona prikupljala dokumentaciju za komisiju, nadajući se da joj ta dokumentacija neće biti ni potrebna). U nekim drugim slučajevima javile su se neposredno pred transfer (npr. Ljubica se suočavala sa višestrukim razlozima da se transfer odloži, zbog čega je iščekivanje transfera za nju figuriralo kao najznačajniji aspekt iskustva). Drugim rečima, njihova procena toga koliko je prošlo „od početka“ odnosno koliko ima „do kraja“ varira u zavisnosti od dotadašnjih iskustava i njihovih očekivanja, ali i u zavisnosti od toga koji aspekt vantelesne oplodnje smatraju ključnim (i verovatno najstresnijim). Recimo, u jeziku nekih učesnica „vantelesna oplodnja“ je upravo događaj embriotransfera (npr. Mitra tako govori o svom embriotransferu, kao o vantelesnoj). Ovom razmatranju treba dodati i implikacije koje proizilaze iz samog imena postupka. Postupak vantelesne oplodnje je prepoznat i u literaturi i iz perspektive žena kao složen i dug, ali samo ime postupka – vantelesna oplodnja (eng. „in vitro fertilization“) – odnosi se na proceduru koja se odvija tokom 3 ili 5 dana između aspiracije i embriotransfera tokom koje žena ne igra ulogu, već kod kuće čeka poziv embriologa. Drugim rečima, naziv postupka čak ni ne imenuje, a kamoli uvažava ulaganja žena pre i posle samog događaja oplodnje jajne ćelije. Ime postupka, ali i pojednostavljene i ublažene medijske i kulturne reprezentacije vantelesne oplodnje, ne samo da oblikuju očekivanja od postupka, već iznova umanjuju ulogu koju žena ima u postupku i fokusiraju se na tehnologiju. U ovom kontekstu ne iznenađuje da žene imaju drugačije predstave o tome šta znači početak postupka, jer se postupak zove po samo tri dana koja čine tek jedan mali deo celokupnog iskustva.

Dug i kompleksan postupak, uz stalne nove analize, intervencije, terapije i faze, za žene odlaže ishod zbog kojeg su u postupak i ušle, a to je da ostvare nešto što ne mogu spontano. Iva se osvrće na svoj postupak gde zapravo početak vantelesne vidi kao kraj njenih ulaganja, budući da je i pre toga već naišla na brojne izazove.

*Iskreno da ti kažem, meni je veći bio problem ulazak u stimulaciju, nego sama stimulacija. Naprotiv, **ja sam stimulaciju doživela kao izlazak**, dok je bio problem sa ulaskom. Zato što se meni prvi mesec kada je trebalo da se javim na odeljenje, pojavi cista, gde mi ništa lekar koji me je taj dan pregledao, ništa mi nije prepisao za cistu i do sledećeg meseca ona je narasla. (...) U novembru se pojavila, odložena mi je stimulacija. U decembru je samo nastavila da raste. (Iva, 32, u trećem postupku)*

Slično tome, Ireni je priprema dokumentacije za komisiju bila toliko opterećujuća da je pozitivan odgovor komisije već doživela kao značajan korak ka njenom cilju. Drugim rečima, ime postupka (vantelesna oplodnja) prikriva niz koraka koji padaju na teret žena, a od individualnih karakteristika i kvaliteta celokupnog iskustava zavisi koji aspekt će same žene proceniti kao najviše opterećujuć.

*Prvo to samo prikupljanje ide dokumentacije. U početku mi se činilo kao nemoguća misija kad sam iščitala ono šta je sve potrebno ovaj prikupiti od dokumenata. Bilo je... ovo je nemoguće. (...) Radila sam onda privatno sve analize u privatnim laboratorijama. I onda sam polako skupila sve i kad sam prikupila sve, svu dokumentaciju onda sam rekla okej sada zovem komisiju (...) Tako da tu komisiju smo onako prošli. **Ja sam baš bilo srećna što smo prošli komisiju kao da se ne znam šta**, mislim kao drugi ljudi gledaju 'šta se radije?'. ali eto prošli smo prvu komisiju. (Irena, 37, u petom postupku)*

Jedna od okolnosti koja usložnjava postupak je da se neke intervencije sprovode kao deo pripreme za vantelesnu (na primer, histeroskopija, kako bi se utvrdilo da u materici nema izraslina koje bi ometale održavanje trudnoće). Dalje, neke intervencije, kao inseminacije, uslov su za izlazak pred komisiju.

Imali smo jednu histeroskopiju, jedno prođuvavanje jajovoda, imali smo dva ili tri tempirana odnosa, imali smo jednu inseminaciju i danas najverovatnije će da bude druga inseminacija. A termin za vantelesnu, što se nadam da nam neće trebati, je l', je 23. januara. (Andrea, 33, u prvom postupku).

Na ovom citatu se vidi da iako sam postupak vantelesne oplodnje nije počeo, učesnica je prošla kroz brojne intervencije i njena perspektiva je naravno da se već neko vreme leči. Celo iskustvo, od namere žena da potraže pomoć pa do ishoda postupka vantelesne oplodnje, ispunjeno je velikim brojem koraka, koji u ozbiljnoj meri zavise od namera lekara – neki upućuju na veliki broj eksploratornih intervencija, neki su uporni sa tempiranim odnosima i inseminacijama. Više o ulozi lekara u osmišljavanju iskustva i zamišljanju narednog koraka pisano je u odeljku *Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti*.

Status koji pripremne intervencije imaju u iskustvima žena se menja u zavisnosti od toga kroz koliko vantelesnih oplodnji su prošle. Ukoliko se pripremaju za prvu komisiju, žene imaju poverenja u to da neka od ovih intervencija može poboljšati šanse za uspešan postupak ili da će neki od testova usmeriti pažnju lekara na adresiranje posebnog problema. U kontekstu prvih vantelesnih oplodnji, ovi testovi i intervencije stapaju se sa celokupnim iskustvom pa tako procena trajanja postupka uključi i taj period. Očekivanja od prvog ulaska u medicinski kontekst su u početku optimistična, to se mora istaći, žene smatraju da će (konačno) dobiti odgovore na svoja pitanja i rešenje za svoje probleme.

*Opet kažem, išli smo, **idemo i to je to. Idemo da nam neko pomogne. Ti se u tom trenutku osloniš apsolutno na medicinu.** Nama je bilo lakše, kao, dobro je, više ne moramo da gledamo ovulacije i ostalo. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

Međutim, kada žena prođe kroz nekoliko vantelesnih oplodnji, mnoge međuintervencije koje se rade se u pripremi za vantelesnu oplodnju se doživljavaju kao odlaganje vantelesne i usporavanje celog postupka. Na primer, jajovodi za vantelesnu oplodnju ne moraju biti prohodni, ali za inseminacije naravno moraju²¹. A budući da se inseminacije neretko rade kao priprema za vantelesnu oplodnju, neophodno je i ispitivanje prohodnosti jajovoda, što je inače vrlo bolna procedura koja se sada radi u opštoj anesteziji. U retrospektivi, s obzirom da učesnicama ove studije ni jedna forma lečenja pre vantelesne oplodnje nije donela rezultate, a iz meseca u mesec im se aktivirao ciklus nadanja i razočaranja, ne iznenađuje njihov utisak da je sve to samo odložilo ulazak u vantelesnu. Istovremeno, izgrađeno je poverenje u vantelesnu kao u jedan ili u jedini postupak koji ženama može pomoći u ostvarenju trudnoće. Kada su već došle do njega, pitaju se čemu je služilo sve što je njemu prethodilo.

Ali on meni nije dao – to sa ove tačke gledišta, on je malo nas usporio, da ne kažem, moj muž kaže dve godine nas je usporio, možda i jeste tako. (Monika, 39, u petom postupku)

Mislim da je ta situacija nama produbila to sve, produžila zapravo. Ceo taj deo. Možda smo mogli i ranije krenuti sa inseminacijama i sa ostalim svim. (Irena, 37, u petom postupku)

U svakom slučaju, žene nailaze na izazove u samom početku, ne znajući koliko će ti međukoraci trajati, kakva je njihova uspešnost i šta ih dalje čeka. Budući da lečenje obično traje neko vreme pre vantelesne oplodnje, a i da je sam ulazak u vantelesnu oplodnju ispunjen odlaganjima, javlja se osećaj nemoći i razočaranja kada se koraci ne odvijaju brzo i u skladu sa očekivanjima. Svesne da prolazi vreme tokom kojeg najčešće same ne mogu ništa da urade da ubrzaju postupak, žene razvijaju osećaj frustriranosti ali počinju i da osećaju pritisak vremena.

*Ja sam očekivala iskreno da to bude decembra eventualno januara. (...) razočarala sam se kad je ona rekla stavite u rasporedu u februar. Jer vi očekujete da to prosto bude dovoljno... **Mislite da ste dovoljno čekali!!! Mislim da sad to treba kao što pre da bude.** i posle, kad mi je ona rekla februara. Bilo je da, razočaravajuće. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Čekanje da vreme prođe, nekada sasvim u skladu sa karakteristikama postupka i prirodom stvari (recimo, dve nedelje do testa za trudnoću ili nekoliko dana između aspiracije i transfera), a nekada usled birokratskih problema, čini veliki deo iskustva i samim tim je povod za niz negativnih emocija.

*Mi u tom momentu čekamo rešenje komisije za drugu vantelesnu **i rešenje se čeka dva i po meseca**, jer je taj neko famozni ko lupa pečate u Beogradu na godišnjem. I onda se vi zapitate da li je moguće da jedna osoba za celu Srbiju, pa kad on ode na godišnji mi svi čekamo. Posle dve nedelje me zovu iz socijalnog da mi kažu da je stiglo u socijalno preko sto pedeset rešenja i mi smo svi završili otprilike u istom terminu. (Dunja, 32, u trećem postupku)*

*Ja sam komisiju imala septembra, prvi pregled oktobra i **u oktobru smo saznali da će biti postupak februara**. Pa mislim stvarno to je dug period i prosto mislim da je to najveća mana bar što se tiče kliničkog centra ovde. Ne znam kako je na drugim klinikama, da li bi se možda na privatnoj klinici duže i kraće čekalo ali mnogo je velika gužva i nekako čini mi se da se*

²¹ Inseminacije se obavljaju sa pretpostavkom da tokom ovulacije dolazi do nesmetanog oslobađanja jajne ćelije, jer je to preduslov da do oplodnje može da dođe „u telu žene“. Vantelesna oplodnja se dešava van tela žene zbog čega se može raditi i sa pacijentkinjama kod kojih se ne može računati na pravilno oslobađanje jajne ćelije.

mnogo čeka. To je 4-5 meseci vi čekate u prazno. Nemate nikakav sadržaj, nemate ništa što treba da radite. (Marijana, 31, u prvom postupku)

U poslednjem citatu vidi se takođe i osećaj nemoći budući da to vreme koje se čeka ni na koji način ne zavisi od postupaka koji je žena preduzela ili bilo čega što ona sama može da uradi. Takođe, oba navedena iskustva su iskustva žena koje su vantelesnu radile na državnoj klinici koje su uz to (u tom trenutku) jedine klinike u njihovim gradovima gde se vantelesna uopšte i radi. Čekanje i odlaganje u ovoj fazi zaista može biti objašnjeno preopterećenošću u državnim ustanovama, o čemu će biti više reči u detaljnoj analizi medicinskog konteksta. Međutim, birokratske prepreke nisu uvek rezultat sistemskih problema, već stavova pojedinačnih lekara ili lokalnih sistema uverenja i vrednosti kroz koje učesnice treba da proniknu. U skladu sa time, neki aspekti medicinskog konteksta, koji proizilaze iz izvora finansiranja (samostalno ili putem RFZO-a) ili karakteristika ustanova na lokalnu, značajno objašnjavaju razlike među učesnicama u pogledu toga koliko zahtevnim i dugotrajnim vide postupak vantelesne oplodnje. Ukoliko su dodatno, učesnice o postupku i lično neinformisane, njima ovo značajno odlaže početak postupka.

*Ja sam išla kod ovog lekara, mog izabranog ginekologa, sa nalazima od ove doktorke kod koje inače idemo. Iii, **on je onako, ljutito meni to bacio natrag. Kao: „Otkud ja znam ko je ona? Ne moram ja da znam svako ime ginekologa u Srbiji“.** Ja kao pa dobro, ali kao tu piše, rekla mi je žena da tražim uput. „Kakav uput, šta uput...“ (Sara, 36, u prvom postupku)*

Drugim rečima, da bi prevazišle nedostatke sistema ili pojedinačnih lekara, žene su nekada prinuđene da na sebe preuzmu odgovornost da traže upute za dalje analize. Naredni citat govori upravo o preuzimanju uloge lekara u navigiranju kroz iskustvo.

Lepo kažem da po meni taj spermogram ne ispunjava uslove i odemo kod urologa koji njemu (suprugu) izobjašnjava: „Ma to je odlično, to je super“. (...) Da bi u suštini ja skinula pravilnik, otišla kod mog ginekologa i rekla da krenemo da vidimo šta ispunjavamo uslove. Manje više zaista je kod nas bio takav početak. (Iva, 32, u trećem postupku)

Mnoge od navedenih karakteristika posledica su toga kako je zdravstveni sistem uređen i kakve nadležnosti postoje unutar njega, ali i kako je osmišljena procedura RFZO-a. Učesnice koje su odlučile da zaobiđu procedure RFZO-a i da samostalno finansiraju svoje postupke, zaobišle su i mnoštvo testova i intervencija, ali i birokratskih prepreka. Njihove vantelesne oplodnje počinjale su jasno, stimulisanim postupkom, jednostavnim prvim odlaskom lekaru.

*Nisu me poslali na analize. Situacija je bila, zakazuje se prvi pregled tad i tad ja dolazim sa svom dokumentacijom. **Sva dokumentaciju koju sam ja donela je recimo bilo potpuno adekvatna da se odluči o daljnjem tretmanu mene u kontekstu vantelesne. Što u praksi znači - isti taj dan sam krenula na stimulaciju.** (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

*I srećom doktorka mi je tada rekla: „Vi ste zdrava žena, vi imate zdrave jajnike, zdravu matericu, šta želite? Rekla sam: „Šta vi kažete“. „S obzirom da nemate 10 godina dece, **predlažem direktno vantelesnu**“. **Rekla sam dobro, nisam bila spremna da će ona meni odmah da da injekciju.** (Kristina, 36, u trećem postupku)*

Međutim, jedan od aspekata frustracije koji su učesnice doživele bilo je i odlaganje neke od faza postupka usled nekih izazova sa njihovim zdravljem. Na ovo nisu imune ni žene koje lično finansiraju postupak. Nekad se radi o odlaganju stimulisanog postupka dok se ne reši hormonski status ili izleči infekcija, nekada o odlaganju transfera u slučaju da postoji cista ili bilo šta što može ometati implantaciju embriona. Ova odlaganja su frustrirajuća ali učesnice su na njima zahvalne – iako čine da se osete obeshrabrenom ili nemoćnom, suštinski odlaganja povećavaju šansu da one ostanu trudne.

*Prvi put je bilo ne ja ću njega sada da zamrznem da se ti odmoriš pa je posle toga bilo, nije ti okej endometrijum neću da ti vratim. Posle toga dolaziš okej, to je to, sad je trenutak. E izvini, napravila ti se cista, vrati se sledeći put. Taj deo je heavy, u mom slučaju. U mom štreberskom slučaju, kao idemo ajmo redom ide se, **svaki put je nešto. I svaki put je: nisam ja ovo planirala.** Čekaj, šta ću sad radim? (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

*Međutim, **odloženo mi je bilo sve** zato što sam ušla u hiperstimulaciju. Tako da su morali da odlože mesec dana i trebalo je da bude odloženo sve do kraja januara. Međutim bila je povoljna situacija sve je bilo okej sve se smirilo tako da su mi odmah posle nove godine radili i mi smo se iznenadili. (Hana, 38, u trećem postupku)*

Na kraju, povod za najviše nivoe frustracije postupkom je njegov nejasan ishod i nemogućnost predviđanja njegovog toka i kraja. U literaturi se takve vrste stresora zaista izdvajaju po nemogućnosti da se funkcionalno prevladaju, jer ni jedan aktivan način rešavanja problema neće ubrzati ili promeniti tok postupka. Visokotehnološki postupak, zasnovan na medicinskim znanjima nudio je obećanje jasnog ishoda a teče sasvim nepredvidivim tokom²². Čak iako u postupak nisu ušle sa takvim očekivanjem budu brzo razuverene kada dobiju uvid u njegove karakteristike.

*Oni ne mogu da znaju, ne znaju praktično zašto ne uspevaju sve. Verovatno kad bi znali uzrok verovatno bi onda sve bile uspešne, a ovako, **nije ni to sve čarobni štapić. Oni urade sve što mogu do njih** a posle je sve... (Irena, 37, u petom postupku)*

*Sve troši. Investiranje vas u sve to, čekanje, neizvesnost, i kao date toliko sebe i **onda odete tamo i ne znate da li će uspeti** ili neće. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Zanimljivo je da se može doživeti i sasvim suprotna vrsta frustracije – nastavljjanje sa redovnim fazama u postupku, iako postoje zdravstveni problemi koji će negativno uticati na njegovu uspešnost. Drugim rečima, postupak se nastavlja iako bi iz zdravstvene perspektive i perspektive njegove uspešnosti, bilo bolje da se pauzira. Međutim, u toj situaciji, odluka je lekara i embriologa da li će se transfer raditi, a žene mogu u najboljem slučaju naknadno da dobiju informaciju koju mogu da iskoriste u sledećoj vantelesnoj. Naredna dva iskustva govore o zdravstvenim komplikacijama, koje bi, pretpostavlja se, za uspešnu vantelesnu oplodnju pre njenog nastavljanja morale biti rešene. Budući da to nije slučaj, učesnicama je ovo iskustvo ostalo samo kao upozorenje za buduće postupke, budući da su se tadašnji postupci završili neuspešno.

*Kad je druga bila neuspešna onda mi je on rekao, s obzirom da ste imali četiri visokokvalitetna embriona od kojih se ni jedan nije primio, treba da se odradi intervencija. **Tu sam na primer bila ljuta. Tu sam bila ljuta, zašto nije odrađeno to ranije jer situacija je takva kakva je.** (...) **Zašto smo išli na silu, zašto nije odrađena odmah ta intervencija** ako se zna da to često dovodi do toga se spreči. (...) Imala sam i neku veliku cistu da oni nisu znali šta je. Pa su mi dali da radim tumor markere, da radim magnetnu rezonancu. To mi je bilo katastrofa. To sam izašla iz ordinacije i počela da plačem. (...) Kako da vam kažem, sve u redu sve u redu i odjednom ti neko kaže: „E znaš imaš nešto veliko ne znamo šta je, uradi tumor markere uradi magnetnu“. Ja nisam znala gde sam. (Hana, 38, u trećem postupku)*

Ja sam došla opet i rekla da imam to na leđima da mi se tako pojavila kao neka tufna. I oni su rekli kao: „Nema problema, doktorka je rekla da možete da radite“. I ja sam onda odradila

²² Frenklinova ističe da poseban povod za frustraciju nije samo neizvesnost, već iznevereno očekivanje da će precizna tehnologija i stručna znanja ponuditi jasno i brzo rešenje (Franklin, 2002).

taj, verujući doktorki, taj embriotransfer. Međutim u narednim danima taj herpes zoster se povećavao i povećavao. Ja sam imala i visoku temperaturu i baš bolove. I na kraju je taj herpes zoster od sredine leđa došao do sredine grudi tako da ceo ovaj, pola trupa zapravo mi je zahvatio. I to su bili bolovi, deset dana, bukvalno, nenasnosni. (Irena, 37, u petom postupku)

Suočavanje sa različitim izazovima u raznim fazama iskustva značajno utiče na blagostanje žena i na način na koji one dožive vantelesnu oplodnju. Iako su vidljive neke razlike između postupaka finansiranih iz sredstava RFZO-a i samostalno finansiranih, svima je zajednički osećaj frustracije, čekanja, pritiska vremena koji prolazi i neizvesnosti. Istovremeno, ulazak u vantelesnu oplodnju prati osećaj hitnosti. Znajući da se rezerve jajnih ćelija troše i da su godine jedan od faktora uspešnosti, vreme koje prolazi, naročito ako prolazi uzalud, naročito teško pada učesnicima. Nekada su prepreke birokratske ili logističke prirode. One su takođe frustrirajuće i vode osećaju nemoći, naročito ako u tom periodu čekanja one ne mogu ništa da urade kako bi doprinele uspešnosti postupka. Nekada su prepreke u sprovođenju postupka vantelesne oplodnje medicinske, te je čekanje u najboljem interesu žena i služi tome da se prepreke pri ostvarivanju trudnoće zapravo otklone. Međutim, u nekim slučajevima su ove medicinske prepreke ignorisane i prema izveštajima učesnica ove studije stvorile novi izazov – ostanak bez zamrznutih embriona i pritisak novog ulaska u vantelesnu oplodnju jer je prošla urađena u neadekvatnim uslovima. Usled svih ovih karakteristika, vantelesna oplodnja se poredi sa trkom na duge staze. Ono što je takođe karakteristično za vantelesnu oplodnju je nastavak suočavanja sa izazovima čak i u trudnoći, ukoliko do nje dođe. O karakteristikama trudnoće nakon vantelesne oplodnje biće reči u sledećem odeljku.

Poseban status trudnoće nakon vantelesne oplodnje

Žene ulaze u vantelesnu oplodnju sa ciljem postizanja zdrave trudnoće. Trudnoća je za njih dobra vest i saznanje o tome da su trudne je pozitivan događaj, materijalizovan kroz rezultate Beta HCG testa. Ukoliko su oni pozitivni, odnosno ukoliko vrednost hormona²³ koje ona meri nije nula i ako stabilno raste, to znači da se žene susreću s trudnoćom. Iščekivanje rezultata tog testa, dve nedelje nakon embriotransfera, jedno je od najneizvesnijih i najnapetijih aspekata iskustva, stoga je suočavanje sa rezultatom ovog testa svojevrsna kulminacija postupka. Žene ovaj test rade iz krvi, u laboratoriji, najčešće o svom trošku. Međutim, čak i nedvosmisleno pozitivan test dolazi nakon mnoštva izazova, odlaganja i izneverenih očekivanja. Iako su trudnoću čekale i njoj se raduju, trudnoće nakon vantelesne oplodnje vrlo su specifične po tome što je ženama teško da se u toj ulozi opuste. Kao i kada je reč o drugim aspektima vantelesne oplodnje, (prva) potvrda trudnoće takođe nije jednoznačan ishod (Lemmens et al., 2004).

*Javljam ti se sa lepim vestima, **beta ovog puta pozitivna**. Radila sam je u sredu, pozitivna ali niža, bila je 14, rekli mi da je ponovim za 48h i jutros je bila 40. **Verovatno ću morati da je ponovim za koji dan sa nadom da će biti sve ok.** (Kristina, 36, u drugom postupku)*

*Znači prva je bila 80, posle dva dana trebalo je da bude 160 a bila je 130. Kao ima rast a nije skroz dupla pa onda šta sve može da bude. (...) **U suštini nekako ništa nije sigurno u celoj toj priči. I onda samo taj osećaj zadovoljstva i radosti ne može da bude potpun. Jer, šta god da se uhvatiš za neku činjenicu, nije 100%. (Angelina, 30, u prvom postupku)***

²³ Humani horionski gonadotropni hormon.

Iako je pozitivan rezultat dobra vest, ona je privremena – vrednosti, iako pozitivne, mogu biti niske ili se ne duplirati pravilno u skladu sa očekivanjima. Ovo može ukazivati na biohemijsku²⁴ ili vanmateričnu²⁵ trudnoću, a finalna potvrda da trudnoća postoji i da je plod na pravom mestu se dobija na prvom ultrazvuku u ordinaciji lekara. Prethodna dva iskustva primeri su u nekoj meri dvosmislenog rezultata Beta HCG testa, ali budući da je u tom trenutku to jedina pozitivna informacija na koju mogu da se oslone, žene se i takvom rezultatu privremeno raduju. Vrlo visoke vrednosti ukazuju na višeploidne trudnoće.

I kako se zove ja vidim ono 2498 i ja kao, je l' ovo valja?! (Iva, 32, u trećem postupku, trudnoća je bila blizanačka)

Nakon pozitivnog testa, žene su intenzivno usmerene na signale koje im telo šalje, jer u tom kratkom periodu signale o trudnoći dobijaju bez posredovanja bilo kakve tehnologije, odnosno, oslonjene na svoje telo. Anksioznost u trudnoći nije iznenađujuća kada je reč o ženama koje su ostale trudne vantelesnom oplodnjom, najpre jer negativni preokreti u ranoj trudnoći nisu retkost. Jaki bolovi i krvarenje su najverovatniji signal da je trudnoća prekinuta, ali će o gubicima biti reči u narednom odeljku.

*Tad sam stvarno bila baš srećna. Kao, e super... Al' onda opet s druge strane razmišljam. Čekaj, ipak je kao osmi, deveti dan od transfera, **ipak to još nije definitivno. Kao, i dalje može svašta nešto da se iskomplikuje.** I onda me preksinoć opet probudi u toku noći neki grč u stomaku. Opet to kao da ću da dobijem. i ja kao: Jaooj bože. Pa kao da li je moguće sad ono kao, posle pozitivne bete. (Sara, 36, u prvom postupku)*

*Osećanja su mi bila kao u jednom danu se radujem kao super to ti je sve uspelo, ljudi se toliko bore nama je to prva vantelesna toliko se radujemo. **S druge strane toliki strah, tolika neizvesnost. Ti sve vreme strepiš.** Ja bukvalno kažem ne znam da li je ovako sa ženama koje ostaju prirodno trudne, ali ja bukvalno od kad smo ušli u postupak vantelesne, odnosno, od kad sam počela da primam hormone veruj mi ja sam do sada sve u nekom grču. Nije to tako da si ti nervozan ili nešto, nego prosto ti sve vreme negde u podvesti strepiš. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Budući da se trudnoća registruje vrlo rano, žene su svesne mogućnosti da nešto pođe po zlu. Više faza u iskustvu služi kao potencijalan povod za razočaranje ili konačno opuštanje. U situacijama spontane trudnoće, za tako kratko vreme ona verovatno ne bi bila ni primećena, stoga ni nema intenzivnog osluškivanja simptoma u samom početku, karakterističnog za trudnoću nakon vantelesne oplodnje. Čak se i Beta HCG test radi 14 dana nakon transfera, što bi u slučaju spontane trudnoće možda bio tek očekivani datum menstruacije. Nakon pozitivnog testa, žene iščekuju ultrazvuk, na kom lekar potvrđuje postojanje trudnoće, odnosno implantaciju embriona u materici, a zatim, nešto kasnije i srčanu radnju.

Još čekamo glavni ultrazvuk, tako da se još do kraja nismo obradovali, čekamo da on prođe i daće Bog da sve bude kako treba pa da se napokon obradujemo. (Iva, 32, u prvom postupku)

*Ali definitivno znaš kako, ovaj poslednji pregled na ultrazvuku **kad je ona nama i pustila to srce da se čuje i sve, to je definitivno jedno olakšanje** koje ono... I dalje si onako, pod određenom rezervom, čekaš da prođu tri meseca i sve. (Hana, 38, u trećem postupku)*

²⁴ Kada dođe do oplodjenja ali ne i usađivanja embriona u matericu.

²⁵ Kada se embrion usadi na drugo mesto, često jajovode.

Super je prošao (ultrazvuk), imaju srčanu radnju, tako da sam se oslobodila. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Nakon utvrđivanja srčane radnje, žene očekuje relativno dugačak period iščekivanja prenatalnih testova, koji bi i bili konačna potvrda da je sa trudnoćom, a najpre sa plodom, sve u redu. Treba istaći da žene zaista sa nestrpljenjem iščekuju sve potvrde u medicinskom kontekstu, odnosno da su upućene u prekretnice u okviru kojih može doći do novih saznanja o trudnoći. To znači da su svesne da strah od komplikacija nema ograničeno trajanje i nekada se prenosi i na celu trudnoću. Ovo najviše važi za višeploidne trudnoće, koje imaju svoje specifičnosti i kada nastaju spontano. Istovremeno, jasno je da je anksioznost kod učesnica naglašena kao posledica dugog ulaganja i brige da ono može biti uzaludno, i da će iz celog procesa izaći bez željene trudnoće. Međutim, brige nekada zaista imaju uporište u realnosti i iskustva nekih učesnica su to i potvrdila. Neki aspekti ovih iskustava su vrlo značajni za način na koji žene vide sebe i svoje postupke, i biće iznova analizirani u odeljku *Gubitak u vantelesnoj oplodnji – prekidi postupka*.

Sve je bilo savršeno. I onda sam uradila onaj prenatalni test. i on mi je pokazao da plod ima daunov sindrom. (Irena, 37, o ranijem iskustvu, u petom postupku u trenutku razgovora).

Kod mene pozitivna beta definitivno nije kraj borbe, na UZ jedna beba nije ok, u svemu ovom mislim da je to najteži trenutak u svemu ovome. Čekamo ove nedelje konzilijum kod nas da vidimo šta ćemo da radimo i šta nam oni predlažu. Mislim da je najgore ovo dok nismo čisti sa sobom, kad se razjasni situacija onda se ide ka rešavanju problema i to je to. (Iva, 32, u trećem postupku)

Iako nije moguće izvesti zaključak da li do ovih komplikacija dolazi samo zbog vantelesne oplodnje, treba istaći da su žene koje su ostale trudne vantelesnom oplodnjom pod rizikom usled drugih zdravstvenih problema, zbog kojih su uopšte i bile u postupku. Drugim rečima, neke komplikacije jesu očekivane u trudnoćama nakon vantelesne oplodnje, čak iako nije terapija osnovni uzrok za njih (v. Tocariu et al., 2023). Istovremeno, sve da komplikacije zaista nisu ni na jedan način povezane sa vantelesnom oplodnjom, žene sve što se tokom trudnoće dešava tumače u kontekstu svog nedavnog postupka. Dobri rezultati prenatalnog testa su ohrabrujući za žene, i povod da se opuste i pridruže drugim trudnicama u pripremi za roditeljstvo.

Ja samo da javim da su nam stigli rezultati prenatalnog. Sve je super, bebci su zdravi. Idemo na kontrolu sledeće nedelje. Počeli smo da se guramo u stomaku. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Stigli su rezultati prenatalnog testa, sve je ok i čekamo dečaka. (Hana, 37, u trećem postupku)

Ja sam 6. mesec, raduckam i dalje i sve je ok. (Ljubica, 39, u prvom postupku)

Iako je za neke žene svaka od ovih prekretnica bila put ka dodatnom opuštanju, povremeno su ih komplikacije i problem pratili sve do odlaska u porodilište. Gubicima i izneverenim očekivanjima će biti posvećena posebna pažnja u okviru narednog odeljka, ali sledeće iskustvo ilustruje kako se izazovi iz postupka vantelesne oplodnje prenose i na celu trudnoću, te prate ženu kući, čak i nakon porođaja. Marijana je na početku imala višeploidnu trudnoću, karakterističnu za postupak vantelesne oplodnje (u većoj meri nego za trudnoće nastale spontanom putem). Inicijalno hospitalizovana zbog hiperstimulacije, jedan od tri ploda se „ugasio“, jednu bebu je izgubila u dvadesetoj nedelji, a zatim se i prevremeno porodila (takođe, češća komplikacija za trudnoće nakon vantelesne oplodnje, v. Tocariu et al., 2023), pa je beba imala veoma male šanse da preživi.

Rođen je sa 730gr na granici da bude porođaj ili pobačaj. Sa manje od 1% sanse da preživi. Proveo na Institutu za neonatologiju punih 5 meseci. Stigli kući pre 3 meseca. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Trudnoće u vantelesnoj oplodnji imaju poseban status i za žene lično i u medicinskom kontekstu. One se prate pažljivije, češće i sa veoma ranim početkom, kako bi se iskoristila svaka prilika da se trudnoća sačuva i „izgura“ do termina. Žene u postupku vantelesne oplodnje piju terapiju i pre nego što saznaju da su trudne, kako bi sprečile pobačaj trudnoće na kojoj rade. Trudnoća se registruje vrlo rano, u nedeljama kada bi u spontanoj trudnoći tek možda došlo do kašnjenja menstruacije. Napredak trudnoće se na dalje prati na sličan način kao i kod ostalih trudnica, ali žene ne gube iz vida kakvu vrstu ulaganja su one imale da bi došle do te trudnoće. Brige u vezi sa izgledom, težinom i ličnim zdravljem uopšte ne figuriraju u ovim iskustvima (Shih et al., 2015), žene nisu usmerene na sebe i svoje tegobe, već isključivo na očuvanje trudnoće (Covington & Burns, 2006; Dornelles et al., 2016). Primećuje se i odsustvo dugoročnog planiranja, odnosno zamišljanja budućnosti. U razgovorima koji su se odvijali tokom trudnoće, prva sledeća briga bila je prva sledeća prekretnica, što je i poznat nalaz iz literature (Hjelmsted et al., 2003). U skladu sa ovim je i tajnovitost oko postupka, koja će biti pomenuta nešto kasnije – čuvanjem postupka u tajnosti okruženje se čuva od razočaranja a žena se čuva od prepričavanja potencijalno bolnog događaja. Isto tako, uz dugo čekanje na trudnoću i sva ulaganja, tretman u medicinskom kontekstu dodatno pojačava utisak da u svakom trenutku nešto zaista može poći po zlu, što se za više žena i obistinilo.

2e. Gubitak u vantelesnoj oplodnji – prekidi postupka

Pitanje gubitka prožima sve aspekte iskustva neplodnosti i vantelesne oplodnje. Da bi žene uopšte ušle u postupke vantelesne oplodnje one se moraju susresti sa gubitkom zamišljene budućnosti i roditeljstva sa svojim partnerom. Suočene sa neplodnošću, žene promišljaju lični identitet i identitet partnerstva, uključujući i planove za budućnost. O ovome je već bilo reči u odeljku *Neplodnost i identitet*. Na ovom mestu biće pomenut doživljaj gubitka u kontekstu suočavanja sa neplodnošću.

*Meni je to u tom trenutku bilo neshvatljivo. Užasna pomisao uopšte. Treba da se neko, **da ti neko kaže da možda nećeš imati svoje biološko dete.** (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

*Ja nijedan taj ciklus nisam odtugovala. Bilo je kao ništa. A nije bilo ništa. To su, kao nevidljivi gubitak. Ti si ništa nisi izgubio ali jesi. **Izgubio si šansu, izgubio si nadu za ovaj mesec, izgubio si vreme, ponovo ulaziš u taj neki ciklus, još jedan mesec.** (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

***Svaki put kad dobijem meni je to smak** sveta zato što kao opet još jedno sranje, opet još jedno, znaš ono. Ceo taj proces tugovanja se pokreće, jer ti ne tuguješ samo...tuguješ za tom idejom da si možda trudan i o svim tim razmišljanjima kako ćemo, šta ćemo sad unapred i tako dalje...Tako da je svaki period menstruacije ponovni proces preživljavanja svega toga, grozno je. (Andrea, 33, u prvom postupku)*

Od tih 12 ciklusa (tokom jedne godine) možda osam sam plakala. (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)

Kao što je već bilo rečeno, ova promišljanja rezultuju šokom kod žena koje nisu imale ranijih iskustava koja bi ih navela na pomisao da zasnivanje porodice može biti problem. Nekada se ovaj gubitak dešava iznenada (prostom informacijom lekara), a nekada postupno, suočavanjem sa

negativnim testovima za trudnoću ili menstruacijom iz meseca u mesec uprkos pokušajima da ostanu u drugom stanju. Budući da je svaki početak menstrualnog ciklusa novi podsetnik na neplodnost, specifičnost ovog gubitka je njegovo ponavljanje – žene se na mesečnom nivou suočavaju sa razočaranjima sa kojima se iznova moraju nositi, koje iznova moraju prebroditi i pronaći kapacitete da pokušaju opet ili da uđu u lečenje. Dodatno, ono što čini ovaj gubitak specifičnim, je da se gubi nešto što se podrazumevalo, što nije materijalizovano i nije smatrano nečim što se može izgubiti. Žene se suočavaju sa telesnim i psihološkim ulaganjima koja nisu rezultirala željenim ishodom.

*Ja već četiri godine **pripremam svoje telo na trudnoću**, što mene psihički mnogo opterećuje. Folnu kiselinu pijem četiri godine, sve suplemente, vitamine... A mislim ne vidiš rezultat nikakav i onda to kreće baš da se gomila. **Radiš sve a nemaš to što hoćeš.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

***Da je bilo besmisleno** sve što sam ja radila sa svojim telom. Svi suplementi, svi ranojutarnji treninzi, svi preventivni pregledi kod lekara, sve je bilo to nekako, **ništa mi nije obećalo.** Sva ta zdrava hrana, sve te ovsene pahuljice ujutru. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja)*

Lečenje vantelesnom oplodnjom jedan je od mehanizama da se ovaj gubitak (uslovno rečeno „plodnosti“) nadomesti. Pri prvom susretu sa lečenjem, do razočaranja i osećaja gubitka dolazi i kada se žene suoče sa neuspešnim intervencijama koje dolaze i pre vantelesne oplodnje (praćenje ovulacije, tempirani odnosi). Najsnažniji alarm da je problem neplodnosti veći nego što su zamislile se aktivira nakon više neuspešnih inseminacija. U ovim situacijama nešto su fokusiraniji gubici, njihov početak i kraj je jasniji – inseminacija se radi tokom ovulacije i ishod se saznaje na kraju meseca, praktično u zavisnosti od toga da li će žena dobiti menstruaciju ili ne. Inseminacije se mogu raditi iz meseca u mesec jer je procedura relativno kratka i obično se (to je i preporuka RFZO-a) radi više inseminacija za redom – to znači da žene bivaju iznova izložene istom gubitku. Za razliku od inicijalnog šoka pri susretu sa neplodnošću, nekoliko neuspešnih inseminacija vodi razočaranju i doživljaju nemoći.

*Razočarano strašno. **Prvi put sam baš bila onako razočarana isto jer kažem išla sa tim predubeđenjem da nema razloga zašto da ne uspe.** Jer smo mi bili jedan od onih parova koji su svi lekari davali povratnu informaciju - sa vama je sve u redu, sa vama je sve u redu, svi nalazi su dobri i nekako sve te informacije mi nisu uopšte davale bilo kakvu ideju da nešto neće biti uspešno. Tako da, prvi put sam onako bila baš baš razočarana i tužna. Sećam se da sam plakala, to definitivno. Drugi put isto. **Drugi put posebno zato što drugi bilo je to uključili smo i dodatnu terapiju, sad će biti sto posto. Onda i tad onako, baš sam, baš sam bila razočarana.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

*Međutim on je bio još jedna još jedna, bez tri ništa, bez tri nema ni VTO, mora tri, mora tri. I onda sam ja rekla dobro, izdržaću još jednu, sve je okej, **pa sam se, kako sam se rastavila na delove tako sam se skupila i onda smo pokušali tu treću** e ta treća je bila...To je bilo strašno, ja mislim da jedno mesec dana nisam mogla da se saberem. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Budući da su u mom uzorku bile žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju, podrazumeva se da su njima inseminacije bile neuspešne, ako je za njih bilo indikacija (inseminacije nisu moguće ako su jajovodi neprohodni jer ne dolazi do spontanog oslobađanja jajne ćelije). Drugim rečima, jasno je da su gubici predstavljeni ovde rezultat i uzorkovanja – u opštoj populaciji inseminacije mogu biti dovoljne za lečenje neplodnosti. Međutim, onda kada nisu, žene ulaze u vantelesnu oplodnju.

Sam postupak vantelesne oplodnje takav je da se svakim danom prati „proizvodnja“ i novo „stvaranje“ folikula, jajnih ćelija ili embriona, pa je i svaki neuspeh samim tim gubitak. Najrazličitiji gubici bili su prisutni u iskustvima učesnica ove studije, neki od njih za njih sasvim neočekivani. Čak i kada načelna informisanost o tome da postupci vantelesne oplodnje nisu uvek uspešni postoji, odnosno da trudnoća nije garantovana, zaustavljanje postupka i pre samog embriotransfera neočekivan je i dramatičan događaj.

Sve sam se, mislim da mi je to bio najveći šok. Sve sam se nadala, sve, ali to da embrion neće preživeti odmrzavanje, taj deo mi iskreno nikad nije pao na pamet. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)

Jako sam loše podnela tu njihovu terapiju, u iskustvo upala sam u hiperstimulaciju, previše jajnih ćelija, premalo kvalitetnih, nisam ništa zaledila, transfer je bio neuspešan i tu sam, baš sam potonula. (Mina, 31, o prvoj, nakon četiri neuspešne vantelesne)

Prolazak kroz ceo stimulisani postupak ili priprema za krioembriotransfer podrazumevaju više nedelja ulaganja, uzimanje terapije, preglede i iščekivanje ishoda. Suočavanje sa time da je sva ta priprema bar privremeno uzaludna, izvor je velikog razočaranja. Imajući u vidu da dobijanje zdravih embriona i priprema tela za trudnoću za neke učesnice uopšte nije jednostavna, suočavanje sa ovakvom vrstom iskustva vrlo je bolno.

Za neke žene, stimulisani postupci nisu rezultirali jajnim ćelijama. Ovo je naročito važno jer očekivana aspiracija jajnih ćelija dolazi nakon duge pripreme za vantelesnu, zatim nakon prolaska kroz stimulisani postupak i redovnih folikulometrija. Intenzivne pripreme grade osećaj nadanja a ukoliko se ne formiraju i ne aspiriraju jajne ćelije, postupak vantelesne oplodnje se tada naglo završava.

Imala sam jedan folikul i taj folikul je imao jednu ćeliju. Možda sam imala dva folikula ali jedan je imao ćeliju. Iz te ćelije se ništa nije desilo. (Monika, 39, u petom postupku)

Meni doktorka kaže: „Anice, ja ne znam šta da kažem, ali nisam našla ni jednu zrelu jajnu ćeliju. Ja za 30 godina rada nikad nisam videla da ne postoji ni jedna“. Mi smo u petak radili, bilo je 12 folikula, u ponedeljak nema ni jedna. (Anica, 32, u prvom postupku)

Ove učesnice su se sa gubicima susretale najranije u iskustvu vantelesne oplodnje, što govori o svim izazovima koji su zapravo mogući. Od nepravilnog rasta endometrijuma do nedovoljnog rasta folikula, od nedostatka jajnih ćelija do neoplođenih embriona – dolazilo je do gubitka čak i pre nego što se materijalizuje nešto što se može izgubiti.

On (lekar) kaže: „Moram da pričam sa embriologom, moram da pričam sa drugim doktorima da vidimo šta ćemo da radimo, znači endometrijum bi trebalo da poraste bar još nešto, on ne mrda“, on se bukvalno, da kažem narodski, ugasio, ništa se ne dešava. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)

Krenemo mi sa stimulacijom, ništa... Ništa! Sedam dana... (...) Moj folikul još nije počeo da raste... (...) Taman kad je doktor hteo da odustane, folikul počne da raste i ja dobijem jedan folikul. Opet prekasno je bio dovoljno veliki i ja odem na aspiraciju neki 17 dan. To je mnogo kasno. (...) Doktor, stvarno je bio fer, prišao je tu, rekao mi kako nažalost taj jedan folikul je bio prazan i ja nemam jajnu ćeliju u njemu. Meni počele suze. (Monika, 39, u petom postupku)

Iako ovakva iskustva nisu sasvim uobičajena, ona nisu ni retka. Kao i kada je reč o bolu i životnoj ugroženosti, ona se ne događaju svim ženama, ali se događaju dovoljno često da budu

vredni pomena. Monika se približava četrdesetoj godini i u svom je petom postupku, ali Snežana jeste značajno mlađa. Godine u ovom slučaju ne služe kao protektivni faktor i to će još jasnije biti u kontekstu gubitaka trudnoće.

Kada dođe do hiperstimulacije, embriotransfer se privremeno ili odlukom žene trajno odlaže. Ovo jeste vrsta „neuspeha“ u vantelesnoj oplodnji, odnosno, efektivno u ovakvim iskustvima se postupak prekida. Međutim, bolovi i životna ugroženost koju su hiperstimulacije kod nekih žena izazvali figuriraju značajnije kod njih od ishoda vantelesne oplodnje, stoga nisu analizirani na ovom mestu već u odeljku *Telo u iskustvu neplodnosti i vantelesne oplodnje*.

Jedno specifično iskustvo gubitka je i gubitak druge šanse odnosno rezervnog plana, ako aktuelna vantelesna oplodnja ne uspe. Kada dođe do oplodnje većeg broja ćelija i postoji više kvalitetnih oplođenih embriona, oni se mogu zamrznuti i “čuvati” za narednu vantelesnu oplodnju, čak i za postupak za dobijanje drugog deteta. Međutim, može se dogoditi da zamrzavanje ne bude uspešno, stoga žene ostanu bez te sigurnosti. Budući da je sama proizvodnja jajnih ćelija u stimulisanoj postupku dug i neprijatan proces, a začetak embriona neizvestan, ova vrsta sigurnosti vrlo je značajna za neke žene. Zamrznuti embrioni omogućavaju preskakanje celog stimulisanoj postupka, jer stvaranje novih jajnih ćelija nije potrebno.

*Ja sam dobro odreagovala na lekove i sve je to bilo super. Kada su rekli sedam oplođenih jajnih ćelija, bilo je kao super, sve i da ne uspe, biće za zamrzavanje. Sve super, mi vraćamo dva embriona treći dan. Oni ostavljaju pet da idu dalje, međutim **javljaju nam da ništa nije preživelo, nema blastocisti, nema ništa, to je bilo baš demotivacija svoje vrste.** (Dunja, 32, u trećem postupku)*

*Ceo transfer su mi **suze išle valjda zato što mi je poslednji embrion**, što više nemam embrione. I onda sam ceo transfer preplakala. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Jedan od, može se tvrditi najčešćih, gubitaka, bar u uzorku učesnica ove studije, je suočavanje sa neuspešnim embriotransferom, odnosno sa negativnim testom na trudnoću. Test na trudnoću se radi obično dve nedelje nakon embriotransfera i preporuka je da se radi Beta HCG test iz krvi. Ovaj prelomni trenutak ili je čin neizmerne sreće ili konačno razočaranje. Treba istaći da negativan test može biti i veliko iznenađenje, ukoliko su stimulisani postupak i aspiracija tekli bez problema. Drugim rečima, tokom celog postupka, osluškujući svoje telo i prateći kako postupak teče, žene grade svoja očekivanja u pogledu ishoda. Kada nemaju razloga da veruju da do trudnoće neće doći, negativan test dolazi kao posebna vrsta neuspeha.

*To je neki osećaj, prazno. Nisi ni tužan, nisi ni besan. To je neki osećaj praznine u mom slučaju. Prazno je. Ne znam kako da se osećam i to je to. Sad si ti tu, 10 godina nisi ništa radio, **sad si kao radio, radio radio i nešto si se dao tome svemu i kao ništa, ništa.** (Jana, nakon jednog neuspešnog postupka)*

*Bila su dva embriona, jedan je bio petoćelijski, jedan osmoćelijski. Mada meni je rekla da su to A klase, sad ne znam šta im to znači, ma šta god značilo, ovaj... Kao, dobri su, u tom smislu. **Eto. i oba smo ubacili, nažalost nije došlo do trudnoće jer nauka ne zna zašto (...)** I sad smo 14. dana radili (Beta HCG test) i bila je baš niska. Što znači da... Tipa 0.23. Što je baš baš nisko. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

*S tim što ja retko kad plačem, baš retko ali danas sam plakala. Negativna mi je beta danas (kroz plač). Nisam plakala, evo sad... Malo. Ne znam, nekako sam, **prvi put nije uspelo, drugi put, vratili smo dva prelepa su bila celi ovako pufnasti. i onda jutros eto, znala sam nekako imala sam osećaj da nije to to. Ne znam. Ali opet se držim za slamku, svaki put kad vidim betu da je 0 i onda pet puta ulazim u mejl kao da će da se promeni znam da je to to. Jednostavno***

ajde ta nada. Ali eto. Tako da eto, idemo za dva meseca. Imamo još jedan smrznuti. (Mitra, 29, na kraju drugog postupka)

U iskustvima učesnica ove studije suočavanje sa „negativnom betom“ figuriralo je obično tokom kasnijih intervju, odnosno kada su postupak koji sam pratila privodile kraju. U Mitrinom citatu negativan test na trudnoću došao je baš na dan zakazanog intervju. Ovo iskustvo je vrlo specifično – svaka vrsta prepreke je do ovog trenutka za mnogo žena bila rešiva. Na primer, ukoliko folikuli ne rastu ili se endometrijum ne zadebljava, promeni im se terapija. Ukoliko imaju mali broj jajnih ćelija, ali bar se neke oplode, to je i dalje šansa da će postupak uspeti. Test na trudnoću je poslednje suočavanje sa postupkom – njegova vrednost određuje da li zakazuju ultrazvučni pregled radi praćenja trudnoće ili komisiju za sledeći postupak.

Naravno, značajan gubitak predstavlja i i gubitak već začete trudnoće. Drugim rečima, iako je negativan test na trudnoću definitivan signal da je postupak obustavljen, pozitivan test odnosno visoke vrednosti Beta HCG -a nisu definitivan znak da je sve u redu. Naime, rezultati ovog testa mogu biti visoki i usled vanmaterične trudnoće, zbog čega se test ponavlja posle 48h. Ovih 48h dodatno su čekanje ispunjeno iščekivanjem, a gubitak nije samo psihološki bolan, već vanmaterična trudnoća rezultira intervencijom koja donosi nove telesne bolove i dodatno opterećenje. Istovremeno, zbog toga što rezultat Beta HCG testa ženama služi kao dobar signal, kada se suoče sa time da čak i visoke vrednosti nisu dobar znak može biti posebno ugrožavajuć.

Beta je rasla nepravilno, na UZ se nije video plod. Poslali me hitno u Front u subotu zbog sumnje na vanmateričnu trudnoću. U Frontu posle gomile i gomile pregleda jedva ugledaše nešto sto liči na mešak u materici i u utorak urade kiretažu. Beta je pala zadovoljavajuće posle kiretaže i juče sam došla kući. (Kristina, 36, u trećem postupku)

Priroda postupka je takva da se, zbog praćenja i održavanja, trudnoća registruje vrlo rano (dve nedelje nakon oplodnje). U spontanoj trudnoći se ovoliko rano obično ne bi registrovala, pa samim tim, i ako bi u najranijim fazama došlo do gubitka, moguće je da bi taj gubitak prošao sasvim nezapaženo. Ipak, u vantelesnoj oplodnji, pozitivan test na trudnoću znači početak praćenja trudnoće koja je u vrlo ranoj fazi. Stoga, se i registruje veći broj gubitaka nego kod spontanih trudnoća.

Bio je veliki šok. Ja taj dan nekako... Bez obzira što sam ja znala da je naravno u svakom trenutku moguće da dođe do pobačaja nekako... I to je bilo mnogo rano u suštini. Bile su dve nedelje, 14-15 dana od same, samog embriotransfera ali nekako sam toliko bila smirena (...) Onda sam nekako skroz odbacila mogućnost u tih par dana, da može nešto da krene po zlu. I ovaj.... Tako da mi je baš onako bio veliki šok u tom trenutku. I taj dan sam bukvalno samo plakala. (Angelina, 30, u prvom postupku)

I samo odjednom osetim da to kreće da izbija iz mene. Ja na WC šolju, ispada, ja ne znam šta je sve ispalo iz mene. Kaže (partner) "Možda nije to", ma rekoh "Jeste definitivno je spontani nema šta drugo da bude". (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

Angelina je vrlo rano u trudnoći doživela gubitak ali se tokom suočavanja sa gubitkom susrela i sa podatkom da pri održavanju trudnoće nije dobila odgovarajuću terapiju. Ovakva vrsta gubitka zaista dovodi do preplavljujućih emocija koje uključuju i okrivljavanje i pripisivanje odgovornosti lekarima dok su istovremeno svesne rizika i nezavisno od ovog propusta. Čak su i tuga i gubitak izrazito kompleksni i nesagledivi nezavisno od medicinskog konteksta. Na kraju, kako su ulaganja u postupak veća i postaju sve više materijalizovana, gubici postaju ozbiljniji i teži za žene. Ukoliko rezultat Beta HCG testa stabilno raste (udvostručava se na dva dana), žene počinju da prate svoju

trudnoću, odnosno, zakazuju i ultrazvučni pregled koji će potvrditi trudnoću. Ultrazvuk i prisutna srčana radnja značajno otežavaju kasniji gubitak.

*Bilo je sve u redu, normalno se razvijalo u odnosu na dane, koliko je prošlo od transfera. Imala sam prvu kontrolu kod doktora, **bila je srčana radnja gde je suprug snimao to**, ja sam taj snimak, to je bio četvrtak ujutru, ja sam taj snimak danima, do ponedeljka gledala po deset hiljada puta (...) **U ponedeljak sam otišla (...) tada već nije bilo srčane radnje.**(...) Najgori trenutak kada sam morala da pristanem da mi radi kiretažu a toliko sam dugo čekala na to. (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)*

*Ja uradim betu, ona stvarno bila je preko trinaest hiljada, četrnaest, koliko već, ne znam ni ja. **Mi ono sve, srećni nas dvoje, plaćemo i sve ostalo.** I odemo u klinički centar i kad me je pregledala doktorka na ultrazvuku kaže: „ovo nešto nije u redu, na levom jajovodu je plod, reč je o vanmateričnoj trudnoći, **vi morate da ostanete u bolnici**“.* (Maša, 43, u petom postupku)

Kao što je razmotreno u odeljku *Poseban status trudnoće nakon vantelesne oplodnje*, žene i u ovim fazama gaje opravdane zabrinutosti da ipak može i dalje doći do neke vrste gubitka. Jednoj učesnici je rezultat prenatalnog testa bio povod za medicinski indikovani prekid trudnoće. Radilo se o jednoj od prethodnih vantelesnih oplodnji o kojoj je njoj bilo izrazito teško da govori. Način na koji ona opisuje ovo iskustvo, kratko i sažeto, bio je jedini način da ga opiše bez predugih pauza ispunjenih suzama.

Da, treća je bila pozitivna. i trudnoća je išla kako treba, ja nisam imala nikakve tegobe, ni povraćanja ni ništa. Sve je bilo savršeno. i onda sam uradila onaj prenatalni test, i on mi je pokazao da plod ima Daunov sindrom. I ništa onda, čim sam saznala sutradan sam išla na ultrazvuk. Na ultrazvuku je doktor već video sve te karakteristike kod Daunovog sindroma i naredni dan sam radila amniocintezu da bi se to potvrdilo. I sutradan su došli odmah rezultati sa potvrdom svega toga. I odmah taj dan su mi radili kiretažu. Tako da, to mi je onako bilo baš teško (kroz suze). (Irena, 37, u petom postupku)

Ova situacija sigurno je bila jedna od najemotivnije prepričanih situacija tokom svih pedeset sati intervjuisanja. U njoj se prepliću ulaganja, očekivanja, gubitak i nemoć. Brzina kojom su se smenjivali koraci između prenatalnog testa i kiretaže smanjuju prostor za dodatno promišljanje odluke o sprovođenju kiretaže. Iz iskustva se pretpostavlja da je i preporuka medicinskog osoblja bila da se uradi abortus, mada nije jasno u kojoj meri je ova preporuka bila eksplicitna²⁶. Prenatalno testiranje nije bez individualnih i društvenih moralnih dilema, te je psihološku bol u ovoj situaciji moguće protumačiti i iz te perspektive (Meskus, 2012). Ova učesnica imala je pet vantelesnih oplodnji od kojih jedna jeste rezultovala trudnoćom koja je dobro napredovala i koja je završena abortusom usled Daunovog sindroma registrovanog na prenatalnom testu bez drugih podataka koji bi indikovali probleme sa zdravljem, lošiji kvalitet života ili kraći životni vek ploda. Društvene

²⁶ Brzina kojom su se smenjivali koraci u medicinskom kontekstu (prenatalni test, ultrazvuk i abortus) u izvesnoj meri govore o tome da se u ovom kontekstu Daunov sindrom smatra indikacijom za abortus koja se ne preispituje. Irena je, govoreći u svom iskustvu, isticala kratko vreme koje je prošlo između prenatalnog testa i abortusa, zbog čega nije imala priliku da potencijalno promisli o alternativnom načinu suočavanja sa rezultatima prenatalnog testa.

To se sve desilo u roku od tri dana od kad sam uradila prve rezultate do kiretaže je prošlo tri dana. Tako da nismo ni stigli praktično da razmišljamo jer ja sam već bila treći mesec. Bilo je ono još tri dana mogu da uradim kiretažu. (...) Tako da je to sve se desilo u tri dana. Nisam baš ni mogla da razmišljam o toj odluci nešto dugo. Tako da...Eto donela sam je u roku od koliko, praktično pola dana. Međutim posle me baš onako stiglo. Posle tih desetak dana mi je bilo baš teško. (Irena, 37, u petom postupku)

analize genetskog testiranja ističu nejasne granice između brige za zdravlje i niske tolerancije za bilo koju vrstu invaliditeta (Meskus, 2012). Nakon obaveznog genetskog testiranja, pružanje prividnog izbora trudnici da prekine ili nastavi trudnoću dodatno komplikuje moralne dileme koje okružuju ove tehnologije. Tema ove studije nisu genetska testiranja i ovo jeste bila jedina situacija ove vrste. Međutim, ne može se zanemariti kompleksnost pozicije žene koja se godinama leči od neplodnost i ulazi u peti postupak po redu, a koja u svom iskustvu ima namerni prekid trudnoće začete baš vantelesnom oplodnjom.

Kompleksnost medicinskih odluka vidi se u još jednoj situaciji gde je ženi sugerisano da se jedan od tri ploda „ugasi“ (embrioredukcija). Medicinska preporuka ove vrste postoji kako bi se oslobodilo više mesta za preostale plodove da rastu na zdrav način i razvijaju se. Iako jeste reč o vrlo specifičnom gubitku, žene na kraju takvih postupaka i dalje ostaju trudne i dobijaju dete. Suočavanje sa ovim iskustvima jeste bolno, čak i moralno izazovno, ali uz zamišljanje pozitivnog ishoda.

*Postoji ta mogućnost, embrioredukcije, da se jedan plod ugasi.(...) Da čoveče, ali vidiš. Ti, ti ideš sve vreme se boriš za to, mučiš se sa tim sterilitetom, prođeš hormone, prođeš ultrazvukove, **ma svašta nešto mislim, i onda na kraju ti... Okej to se primi i ti sad ee pa ja sad kao tebe neću. Kako ćemo da odlučimo da ja sad nekog neću. To mi je totalno nekako... ne znam znači.** (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Sa višeplođnom trudnoćom suočila se i Iva, a kasnije u trudnoći su uočeni problemi sa jednom plodom. Uprkos prevremenom porođaju, Iva je bez gubitaka napustila bolnicu i na kraju ostala jedina učenica koja je dobila blizance. Iva je o svojoj turbulentnoj trudnoći pričala nakon završetka terenskog dela ove studije.

Najbolja opcija je da toj bebi stane srce, ako ne, ide se ili na redukciju ploda ili na fetocid. Najteža misao mi je definitivno kad sam ušla u crkvu i molila Bogorodicu da uzme tu bebu, tad sam se slomila. (...) Ispalo je da je beba imala retku pojavu, da je ok, čekamo prenatalni, ako Bog da, da bude sve ok pa da odahnemo. (Iva, 32, u trećem postupku).

Suočavanje sa moralnom dilemom – da li da se podvrgnu embrioredukciji ili da rizikuju zdravlje jednog ili više plodova – vrlo je kompleksno, za njih naročito, jer ga doživljavaju kao paradoksalno. One su svesne ulaganja koja su ih dovela do trudnoće pa im embrioredukcija izgleda kao sasvim protivna svemu što su do tada radile. Ipak, kao olakšanje se doživljava ishod u kojem one ne moraju same da donose tu odluku.

*Ukoliko ni naredne nedelje nemamo srčanu radnju, on će početi da se smanjuje i to je to, počće da zaostaje u veličini u odnosu na ova dva. I kao to bi stvarno bila najbolja solucija. I ja izađem iz ordinacije i kao stanem ispred onih vrata i mislim bože kakva ironija. (...) **Ja se sad potajno nadam i radujem da on sam od sebe...** Totalno nekako, stvarno je skroz ironična situacija i to mi nekako kao, skroz te nekako, pocepa te iznutra. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Situacije koje se mogu dogoditi i kasno u trudnoći razlog su zašto se žene osećaju kao da dugo ne mogu da se opuste i zašto strahuju od komplikacija. Marijana je imala trudnoću ispunjenu komplikacijama i strahom od gubitka, iako je jedna od najmlađih učesnica. Od hiperstimulacije zbog koje je dugo bila smeštena u bolnici, preko praćenja razvoja tri ploda, nakon toga blizanačke trudnoće, do prevremenog porođaja, gotovo godinu dana nakon terenskog dela studije, Marijana je pisanom komunikacijom podelila šta je usledilo.

Izgubila sam jednu bebu u 23. nedelji. Samo mi se skratio grlić i otvorila sam se, krenuo je porođaj. Druga beba je ostala još 10 dana u stomaku, prebačena sam za Beograd, i kako sam

stigla, istog dana su mi opet krenule kontrakcije, porodila sam se hitnim carskim rezom, jer se beba poprečila. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Druge učesnice nisu imale gubitke kasno trudnoći i prenatalni test je za njih bio poslednji podatak koji im je bio potreban, kako bi se opustile i osećale kao i druge trudnice.

Ovo poglavlje bilo je posvećeno življenom iskustvu vantelesne oplodnje. Njihove perspektive analizirane su kroz doživljaj postupka, praktične i logističke poteškoće sa kojima su se suočavale, doživljaje sopstvenog tela i telesnih promena, emocionalne reakcije na izazove i gubitke u vantelesnoj oplodnji. Kada je reč o razlikama među učesnicima, deluje da je situacija u kojoj je postupak lično finansiran mogla da doprinese nešto drugačijim aspektima iskustva i njihovom uticaju na svakodnevnicu žena. Međutim, ni starost ni socioekonomski status ne štite žene od mnoštva emocionalnih reakcija, zdravstvenih, a naročito ne od gubitaka. Opšte zdravstveno stanje, odnosno ginekološka iskustva pre vantelesne oplodnje mogu u nekoj meri predvideti putanju prolaska kroz vantelesnu oplodnju, ali ne sasvim. Neke od najmlađih i najzdravijih učesnica prošle su kroz najizraženije posledice hiperstimulacije i hitne operacije.

Iako vantelesna oplodnja za neke žene okupira manje sfera života, a za neke više, te u nekim slučajevima ponovljeni postupci traju duže, a u nekim ubrzo rezultiraju trudnoćom, žene u svim tim postupcima donose nizove različitih odluka i izbora, upravljaju svojim lečenjem onoliko koliko procenjuju da mogu, i biraju svoje socijalno okruženje. Uloga koju žene imaju u navigiranju kroz ovo iskustvo predmet je sledećeg poglavlja.

3. Uloga žene u navigiranju kroz iskustvo vantelesne oplodnje

Postupci vantelesne oplodnje se zahvaljujući medijskim reprezentacijama smatraju tehnološki naprednim, ali u praktičnom smislu jednostavnim uplivom u planiranje porodice (pružanjem male pomoći inače spontanim procesima; Throsby, 2004). Terapija, aspiracija ćelija, transfer embriona i čekanje testa na trudnoću na prvi pogled zvuče kao niz izvesnih (i kratkih) koraka koji ukupno traju nekoliko nedelja i imaju jednoznačan ishod. Treba podsetiti i na to da sam naziv postupka (vantelesna oplodnja) artikuliše samo jedan deo celokupne medicinske procedure (oplodnju jajnih ćelija koja se dešava izvan tela žene), a da medijske i kulturne reprezentacije minimizuju zahtevnost i teret koje vantelesna oplodnja stavlja pred žene. U realnosti, kao što je do sada bilo mnogo reči, postupak se sastoji od mnoštva provera, analiza, pripremnih radnji, intervencija, modifikacija terapije i različitih ishoda. Kada se na to doda i ponovni ulazak u postupke vantelesne oplodnje nakon neuspešnih prethodnih postupaka, tok, trajanje i ishod lečenja su zaista neizvesni o čemu je najviše bilo reči u odeljku *Vantelesna oplodnja kao trka na duge staze*. Više različitih aspekata ovog iskustva postepeno se usložnjavaju, bez jasnih prelaza u okviru kojih žene mogu dati svoj pristanak i uticati na dalji ishod. Na primer, dijagnostikovanje neplodnosti može trajati dugo i podrazumevati intervencije i terapije mnogo pre pomena finalne dijagnoze (steriliteta) i njenog lečenja. U kojoj meri postoji prostor da žene promisle i donesu odluke o naredim koracima je značajno pitanje. Dalje, hitna stanja i intervencije za umanjeње posledica uzimanja terapije rešavaju se „u hodu“ i žene moraju biti podvrgnute operacijama koje su od životnog značaja te na njih moraju da pristanu, one ili njihovi partneri ako one nisu u stanju. Birokratski zadaci, iščekivanje ishoda i suočavanje sa gubicima samo su još neki od aspekata celokupnog iskustva, koji služe kao ilustracija njegove nekontrolabilnosti. Štaviše, u teorijskom okviru ove studije diskutovano je i da li se izbor vantelesne oplodnje kao postupka lečenja donosi sasvim informisano i svesno (odeljak *Upravljanje iskustvom iz perspektive žena*). Može se zaključiti da celokupno iskustvo postepeno povećava toleranciju na neizvesnost, nekontrolabilnost i bol. Žene se postepeno navikavaju na uslove života koji unapred nisu bili poznati, a za mnoge od njih se možda ne bi smatrali prihvatljivim da jesu bili poznati. Na primer, značajno je razmotriti da li žene znaju šta su posledice hiperstimulacije i koliko je ona česta u postupcima vantelesne oplodnje, da li su upoznate sa potencijalnim ishodima prenatalnih testova i imaju li vremena da odluče o daljim koracima. Ukratko, za njih ni u jednoj fazi postupka nije jednostavno da razmišljaju o tome da li su ušle u nešto što im je naštetilo (više nego što su spremne da prihvate) i da li je cena za dobijanje deteta previsoka. Jedna od učesnica upravo komentariše nedostatak informacija kao problem, budući da se suočila sa ozbiljnim komplikacijama usled hiperstimulacije.

Ona meni nije objasnila šta ja mogu da očekujem tu, kome ja da se javim, gde da idem, broj za neke hitne slučajeve. To je nekako onako usput rečeno, da postoje neke žene koje to dožive i to je to. (Anica, 32, u prvom postupku)

Nedostatak informacija koje bi ženama dopustile informisano donošenje odluka, ili bar priliku da se pripreme na sve moguće ishode naročito je problematičan u iskustvo poput Aničinog, gde je ona nakon (neuspešne) aspiracije bila hitno operisana zbog izlivanja slobodne tečnosti u abdominalnu šupljinu.

Naravno, što duže postupci traju u ulozi koje žene prave postaju veći, preispitivanje je teže. Jedna od učesnica, inače obrazovana u oblasti bliskoj medicinskim naukama, objasnila je kako bi pojašnjenje svega što žene očekuje verovatno smanjilo broj žena koje ulaze u postupak.

Verovatno kao kad bi ti neko ispričao od početka, da bi se dosta žena zamislilo kao: „Pa da li ja zaista želim da prolazim kroz to?“. (Sara, 36, u prvom postupku)

Druga učesnica je ušla u postupke jer je imala konkretne zdravstvene probleme usled kojih nije mogla da ostane spontano trudna, pa su lekari predložili da uđe u postupke vantelesne oplodnje, dok ona još uvek nije ni planirala porodicu. Ona je problematizovala svoj ulazak u vantelesnu oplodnju najpre jer u toj životnoj fazi, u redovnim okolnostima, još uvek ne bi planirala proširenje porodice.

Iskreno da kažem, baš smo pričali, partner i ja pre neki dan, ja kažem, da li smo mi naterani na ovo na šta idemo ili smo to želeli? Jer u nekim trenucima zaista ne znam. Da ja nisam morala hitno da se operišem, stvarno ne znam. Možda bi sada pokušavali u nekom segmentu života. Ali, ovo je nekako proces nisam ni sigurna da li me je neko pitao da li hoću. Kao da... Ne znam, kao da smo oboje, ponekad se osećamo kao da smo prisiljeni. Neko ti je rekao tako i tako. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)

Sumirajući prethodno rečeno, ceo postupak vantelesne oplodnje je postupak u kojem žena gubi kontrolu nad planiranjem svoje budućnosti, svojim lečenjem i svojim telom, pa je upitno koliko je ona agensna u raznim fazama iskustva. Na prvi pogled sam postupak izgleda tako da se smanjuje prostor za svesno navigiranje, jer se odvija iz koraka u korak bez nužnog odlučivanja od strane žene koja kroz postupak prolazi. Ipak, žene ipak pronalaze različite načine da preuzmu aktivnu ulogu u navigiranju kroz celokupno iskustvo. Za početak, kad je reč o početku lečenja, žene uređuju neke njegove aspekte (gde, kod koga će obavljati vantelesnu oplodnju), nekada dovode u pitanje odluke lekara, i iznova i iznova tragaju za okolnostima koje će ih dovesti do željenog ishoda. Takođe, podjednako značajna je uloga koju imaju u prihvatanju, nošenju sa, i prevladavanju sopstvenih emocija.

Ovo poglavlje biće posvećeno upravo aktivnoj ulozi žena u navigiranju kroz neizvesno, dugo i bolno iskustvo vantelesne oplodnje. Prvi deo poglavlja tiče se aktivnog suočavanja sa lečenjem, odnosno ulogom koju žene imaju u navigiranju kroz medicinski kontekst. Drugi deo ticaće se njihovih uloga u prevladavanju svojih emocija i negativnih iskustava.

3a. Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu

Prolazak kroz medicinski kontekst uređen je znanjima iz medicinske struke (na primer kojim redosledom i u kom trajanju se odvijaju neki koraci), uputstvima RFZO-a (šta je potrebno od analiza, koji lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su važni), ali i karakteristikama lokalnog konteksta (opterećenost brojem pacijenata, radno vreme i broj lekara). Detaljna analiza medicinskog konteksta predmet je jednog od narednih poglavlja, ali na ovom mestu će biti analizirani načini na koje žene uzimaju aktivnu ulogu u svom lečenju, odnosno kako uspevaju da pronađu prostor da donose odluke i prave izbore kako bi upravljale svojim iskustvom u okvirima relativno krutog medicinskog konteksta.

Ulazak u postupak vantelesne oplodnje dolazi nakon traganja za odgovorima na pitanja u vezi sa (ne) plodnošću i pokazatelj je da je žena već preduzela neke korake kako bi se potencijalno približila budućoj trudnoći. Iako je nemaju priliku da razmatraju moguća rešenja i da o njima svesno odlučuju, da bi došle do vantelesne oplodnje žene ipak treba da naprave nekoliko koraka – da prihvate da problem postoji, aktivno se sa njim suoče i prihvate dostupne mogućnosti za lečenje. Kada govore o svom ulasku u medicinski kontekst, žene ističu da su prepoznale postupke lečenja kao jednu od alternativa na putu do trudnoće i da im prihvatanje te alternative omogućava da se osećaju kao da su uradile ono što se od njih u tom trenutku očekivalo, a što je svakako bilo korak dalje od pokušavanja spontanog začetka trudnoće.

*Jer kažem ti, meni je suština daj da samo prođe, pa makar bilo i neuspešno, **da smo nešto uradili da smo nešto znaš, da se nešto dešava, a sad kako će da bude...** (Angelina, 30, u prvom postupku).*

*I onda je od lekara do lekara i shvatite da ste u čorsokaku i da je **najbolje da ne gubite vreme nego da ako već imate neku alternativu onda da probate i tu alternativu**, koja isto ne mora da znači ništa da će sve biti u redu, ali morate da probate. (Marijana, 31, u prvom postupku).*

Preduzimanje prvih koraka izvodi žene iz situacije u kojoj su bile bespomoćne (jer ne uspevaju da postignu ono što žele na „neasistirani“ način) i uliva im nadu, kao što je bilo reči u odeljku posvećenom emocionalnom vrtlogu tokom vantelesne oplodnje, te osnažuje žene da se osećaju kao da čine sve što je u njihovoj moći. Iako žene prepoznaju vantelesnu oplodnju kao svoj izbor, i ulazak u postupak posmatraju kao preuzimanje kontrole nad svojim iskustvom, treba ponoviti da se ovaj izbor pravi u kontekstu složenih socijalnih pritisaka. Do sada je bilo mnogo reči o strukturama koje u ženama vide odgovornost za zasnivanje porodice, i procesima koje kod žena lično izazivaju osećaj ove odgovornosti. Kada bi žene želele, pokušavale da dobiju dete, u tome ostale osujećene, a onda dodatno, kada ne bi tražile medicinsku pomoć, to bi, pretpostavlja se, snažno poljuljalo njihova uverenja o sebi i budućnosti njihovog partnerstva. Drugim rečima, sve veća dostupnost vantelesne oplodnje i povećanje gornje starosne granice čini ulazak u vantelesnu oplodnju praktično jedinim izborom u nošenju sa neplodnošću, kako bi se izbegao dodatni osećaj neadekvatnosti i gubitka kontrole (Franklin, 2002).

*Meni je prosto **lakše da ja radim nešto da ja imam osećaj da dajem od sebe, najiskrenije. Kao meni kažu ljudi, mnogo ste vi brzo ušli u postupak vantelesne. Ja ne vidim ni smisao da nešto čekam. Šta, čekam čudo? Da, Gospod će da mi ga da kad on bude hteo, ali ovako ja se osećam korisno.** (Iva, 32, u trećem postupku)*

*A po meni je **greh ne lečiti se, ne preduzimati**, čekati da godine prolaze. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

U ova dva iskustva vidi se upravo dužnost da se započne sa lečenjem, kako bi se i simbolički i praktično pokazala želja i posvećenost ovom cilju. Iz toga ne mora nužno da proizilazi ni apsolutno poverenje u postupak ili medicinsku tehnologiju – ženama je potrebno da urade nešto opipljivo, kako bi eliminisale osećaj krivice koji potencijalno imaju u tom trenutku, ali i da bi sprečile kajanje u budućnosti. S obzirom na to da se vantelesna sprovodi sa nekim starosnim ograničenjem, a da su šanse za njen uspeh sa starošću manje, ulaskom u vantelesnu „na vreme“ eliminiše se mogućnost da se zapitaju da li bi vantelesna ipak uspela da su je probali ranije.

***Imam utisak da mi je bolje, da probam, da sam probala. Da se, da kažem, za pet godina ne kajem. Da nisam probala. Iako nisam ja baš toliko za vantelesnu, zaista smatram da je okej to što sam probala.** (Kristina, 36, u trećem postupku).*

Odlučivanje o ulasku u vantelesnu oplodnju nalazi se na klackalici između dužnosti, želje i prostog prihvatanja jedine preostale alternative. Međutim, svakako podrazumeva aktivnu uključenost žena koje uglavnom prelome o trenutku kada je vreme za ulazak u medicinski kontekst. Dalje, budući da su gotovo sasvim usamljene tokom postupka lečenja, sve odluke u okviru tog konteksta donose one same. U nekim situacijama spontano, usled toga kako je procedura osmišljena, u nekim situacijama sasvim svesno, one budu jedine koje donose odluke.

*Mislim u tom delu **meni je suprug dao apsolutnu slobodu** pošto smatra da moje telo najviše trpi i da **ja treba da biram** i ordinaciju i da li ću Kragujevac, Beograd, Novi Sad, nebitno Leskovac, Niš šta god. I kod kog smo lekara. (Iva, 32, u trećem postupku)*

Jedna od prvih odluka je kome će ukazati poverenje da vodi vantelesnu oplodnju. Nekad imaju manje, nekad više izbora – jasno je da u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne mogu tragati za ginekologom koji zadovoljava posebne kriterijume, ali kada se nađu u prilici da biraju kliniku u kojoj će raditi vantelesnu oplodnju, žene preuzimaju aktivniju ulogu. U slučaju da prolaze kroz postupak finansiran iz sredstava RFZO-a, izbor klinike obavljaju tokom komisije, a ukoliko same finansiraju postupak, odlaze direktno u kliniku ili kod lekara po izboru. Iako su klinike koje obavljaju vantelesnu oplodnju u nekoj meri raspoređene po Srbiji²⁷, značajno je napomenuti da izbor klinike nema uvek veze sa njenom blizinom – u uzorku na primer učesnice sa juga Srbije odlaze u Novi Sad, ili one iz mesta u Vojvodini odlaze u Beograd. Drugim rečima, i na samom početku, ako su u mogućnosti, prave odvažan izbor, da idu u kliniku koju smatraju boljom čak i ako je udaljena od mesta gde žive.

U zavisnosti od njihovih ranijih susreta sa medicinskim kontekstom i generalnim poverenjem u vantelesnu oplodnju, neke žene smatraju da su time što su izabrale odgovarajuću zdravstvenu ustanovu svoju aktivnu ulogu i odigrale. Drugim rečima, za njih poseban vid preuzimanja odgovornosti je njeno delegiranje odgovarajućoj ustanovi ili lekaru. Odgovornost za tok i uspeh postupka je od tog trenutka u rukama lekara, i to ne zato što žene nemaju kapaciteta da se sa postupkom suoče, već zato što veruju da ekspertizu za uspešno sprovođenje postupaka ipak imaju oni koji raspolažu medicinskim znanjem i tehnološkim resursima za vođenje postupaka vantelesne oplodnje.

*Onda sam otišla u kliniku koja se baš bavi. (...) Koja se baš bavi time i onda sam tu izabrala nekog lekara nasumično. Nisam imala nikakvu preporuku, samo sam rekla, **ako je to klinika koja se time bavi, to je to.** (Irena, 37, u petom postupku)*

Kako sad, nisam imala nekakvu edukaciju, nisam ja ulazila u suštinu problema, nisam se ja toliko time bavila u smislu - okej, ja sam se odlučila za tog lekara, ja ću njega da pratim, šta mi on kaže, ja ću to da poštujem, neću da ulazim da sama sebi budem doktor. Jer, meni to nema smisla, on je čovek završavao deset godina i radio 40 u struci da sad ja njega preispitujem. (Angelina, 30, u prvom postupku)

U prethodna dva iskustva vidi se generalno poverenje u struku i očekivanje da bi svaki lekar u skladu sa etičkim kodeksom i svojim obrazovanjem lečio neplodnost i sprovodio postupke vantelesne oplodnje na isti ili sličan način. Ukoliko ovakvo poverenje postoji, ono je slučaj u prvoj vantelesnoj oplodnji – u kasnijim postupcima žene već imaju formirane utiske o klinikama ili odnose sa lekarima pa svesno odlaze ili ne odlaze opet kod njih.

Nekada biraju lekara lično (a ne kliniku), po reputaciji i percipiranoj stručnosti, pa se direktno upute kod njega/nje. Reputacija se formira na osnovu iskustava žena iz okruženja (drugim ženama je bila uspešna vantelesna), na osnovu prisustva u medijima, ili putem preporuka drugih lekara. Neki lekari su dovoljno prepoznatljivi da ih u intervjuima žene pominju po imenu i prezimenu, podrazumevajući da su njihova imena široko poznata.

*Ja sam na primer, za prve dve vantelesne uspela da dođem, ne znam, **pretpostavljam da znate za profesora** (prezime) jer su mi rekli kao najbolji je, do njega je teško doći. Uspela sam da dođem. (Hana, 38, u trećem postupku)*

²⁷ Ne sasvim ravnomerno, južnije od Beograda se nalazi šest klinika, od ukupno dvadeset tri u celoj zemlji.

*A recimo kod moje doktorke je recimo karakteristično, **čula si sigurno za** (ime i prezime). Ovaj nemoj puno da pitaš i ja to poštujem i nemam problem s tim. (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

***Tražili smo termin kod profesorke** (prezime) jer smo čuli da je ona najbolja. Naj, naj, naj pa sve što ide iza toga. (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Traganjem za ovim lekarima žene poručuju da je stručnost lekara upravo značajan faktor u uspešnosti vantelesne oplodnje a da je njihova reputacija značajan indikator te stručnosti. Međutim treba podvući da javna statistika o uspešnosti na nivou lekara koji vode vantelesnu oplodnju ne postoji. Neki podaci se mogu javiti na nivou klinike, međutim u uvodnom delu detaljno je analizirano koje su mane tih podataka (*Prevalenca i uspešnost lečenja neplodnosti*). Ukratko, utisak o uspešnosti nekih lekara formira se na osnovu iskustava žena iz okruženja ili na osnovu prisutnosti tog lekara u javnom prostoru.

***Tražila sam nekog lekara koji ima uspešnost.** Mnogi su mi pričali o tome da sam ja išla, to je neka doktorka (ime), čitala sam o njoj da je mnogo stroga, da je mnogo oštra, da je mnogo, mnogo... Međutim meni je bilo potrebno da ja nju vidim i da imam poverenja. Što se i desilo kad sam otišla kod nje. (...) I kod koga god sam pitala (doktorka) je super, jeste oštra, **ali ima rezultate.** (Kristina, 36, u trećem postupku).*

Nekada se stručnost lekara prepoznaje i u postupcima i stavovima koji prevazilaze postupke vantelesne oplodnje. Azra navodi da je lekara izabrala zbog stavova koje je delio u javnosti, prepoznajući u njemu osobu sa kojom će moći da se razume kada je reč o njenom zdravlju.

*Meni je bio bitan izbor lekara, uloga lekara mi je bila dosta važna. Ja sam izabrala osobu koja je, on je hirurg koji se bavio prvom transplantacijom materice. (...) **Delovao mi je dosta respektabilno kad su žene u pitanju.** I, to mi je, to me nekako, **doživela sam da slično konstruišemo neke fenomene srpskog zdravstva.** (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Značaj koji ovaj izbor ima vidi se u tome što se nekada za odgovarajućom negom, stručnim lekarom i podrškom traga putem pokušaja i pogreške, sve dok se ne nađe osoba od poverenja. U ovom slučaju, ostvarivanje odnosa sa lekarom i doživljaj poštovanja značajniji je od javno prepoznate stručnosti. Kada je reč o lekarima, njihova stručnost se praktično smatra smetnjom u ostvarivanju interpersonalnih odnosa, pa tako žene koje insistiraju na „stručnosti“ istovremeno naglašavaju da im briga o psihološkim potrebama nije prioritet. Značaj odnosa sa lekarima zaslužuje posebno mesto u ovom radu i biće analiziran u sklopu poglavlja o medicinskom kontekstu.

*Do tada su mi doktori nekako objašnjavali sve na takav način da ništa nisam mogla da razumem šta sve tu treba. Mada sam ja već tada počela dosta i da čitam o tome i dosta sam više znala. **I onda sam promenila doktora** tako da drugu vantelesnu je radio drugi doktor. **Tad sam već bila mnogo opuštenija.** (Irena, 37, u petom postupku).*

Treba istaći očigledno – nisu sve žene u prilici da menjaju ili da biraju lekare jer se ne nalaze sve žene u sredinama gde je to moguće. Kada je reč o pripremnim fazama, dok je dijagnoza neplodnosti i dalje operativna, odnosno, dok žene odlaze kod lekara sa nadom da će i bez vantelesne oplodnje ostati trudne, prostor za manevrisanje je značajno uži. Male sredine, izgrađene reputacije i poznanstva između lekara često upućuju žene ka malom broju osoba koje im mogu pomoći. Žene su tada suočene sa smanjenim ili u praktičnom smislu nepostojećim izborom – one prate, već utabane, tragove reputacije ili poznanstava, nemajući mogućnost da samostalno naprave novi izbor svog lekara.

*Prijatelj, jedan od najboljih mog muža (...) meni kaže – **on ima drugara** (na lokalnu). U tom (gradu) je klinika tog čuvenog doktora (prezime) koji je naučnik svetskog ranga. (...) Oni su **na tu veliku preporuku**. To je kao da mene neko pita za moju kumu. (Monika, 39, u petom postupku)*

*Onda sam ja krenula da se raspitujem o tim lekarima (na lokalnu), koji se time bave i to. I u suštini samo sam... **Kao većina je znala za tog lekara**, većina je njega smatrala da je okej i tako dalje. I onda sam ja rekla hajde okej hajde da njemu damo šansu da vidimo šta će da uradi. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Gradovi u kojima postoji samo državni klinički centar (Niš, i do 2025. i Kragujevac) imaju različite politike, ili bar različite prakse, što govori o tome da promena ili izbor lekara nije uvek moguća, čak i ako bi bila dobrodošla.

Mislim i ovde ne možeš da izabereš samo doktorku (ime) zato što oni tebe rade svaki drugi dan. Oni tebe prate ultrazvučno svaki drugi dan, i može da ti se desi da taj lekar da kažem koga ti simpatiješ najprostije, tu noć je dežurao u porodilištu i ne može ujutru da dođe. Fizički prosto znaš. i onda u suštini padneš kod nekog od dvojice ostalih. (Iva, 32, u trećem postupku)

To je klinički centar gde ćemo mi raditi sam postupak. Jer vi već na komisiji kad prvi put izađete, opredeljujete se za određenog lekara koji će vas voditi kroz ceo postupak. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Potreba da se lekar izabere ili promeni (onda kada je to moguće) se može javiti i bilo kada tokom postupka. Aktivna uloga u medicinskom kontekstu postaje naročito značajna za žene kada počnu sa uzimanjem terapije i raznim postupcima lečenja. Budući da se postupak odvija na njihovom telu i da su neke žene pretrpele i velike bolove, intervencije i dugoročne zdravstvene posledice – njihovo aktivno uključivanje i donošenje odluka u vezi sa lečenjem postaje važan aspekt njihovog iskustva.

*Taj momenat da ja dobijam lekove, mislim, anti-bebi pilule, **bez da je iko pogledao moj karton**, proverio da li imam trombofiliju, a imam, ispostavilo se da je imam. Da je iko upitnik napravio ako ne ništa drugo, **prosto samo su mi tutnuli**. Kao to je to, to je procedura, da smirimo jajnike. Šta da smirimo kad nema šta da se smiri. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Kada prepoznaju da ih lekari ne slušaju, da ignorišu njihove psihološke potrebe, ali i potrebe njihovih tela, ako su u prilici, žene će i prekinuti dotadašnji tok lečenja i promeniti lekara. Ovo se ne dešava u samom postupku vantelesne, gde svaki sledeći korak zavisi od prethodnog, već se dešava tokom pripreme za vantelesnu ili pri ulasku u novi postupak.

*Kad smo otišli on je rekao četvrta (inseminacija), **e tad sam već bila bahata** i rekla: „E ja više da se kljukam hormonima neću“, nisu mi odradili, meni nije dobro, ja sam bila konstantno naduvana otečena, sa bolovima, konstantnim u stomaku na šta je on rekao: „Ništa to, ništa“. (...) Tu sam malo poludela, tako na hormonima i **rekla sam čoveku da više neće da me vidi**, da smo mi završili te inseminacije i to je to. (Mitra, 29, u trećem postupku).*

*Jer sam se ja u prošlom postupku **posvađala i sa embriologom**. Baš na konto isključenosti supruga, manjka informacija. (...) Imate deo mene i mog supruga, moje puno pravo je da znam šta se dešava. (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Odluka da se promeni lekar ili klinika nisu jednostavne, često jer nema drugih mogućnosti u gradu gde žive, a nekada jer uput za vantelesnu zavisi od lokalnog ginekologa koji ili nije upoznat sa procedurom ili poštuje proceduru koja pacijentkinjama nije uvek jasna. U svakom slučaju, žene su aktivne u tome da u te procedure proniknu kako bi dobile ono što im je u toj situaciji potrebno.

*Ne želim da imam ništa sa čovekom, **ali mi je on ključna osoba** očigledno sada. Iii ovaj, i kako je samo čuo ime (doktorke sa klinike za vantelesnu oplodnju)... Ja sam razmišljala da li da mu dam celu dokumentaciju, da prosto vidi koliko me je izmrcvario do tog momenta. I na kraju sam odustala, i dala mu samo taj nalaz gde je njeno ime na kraju. **On nije ni pročitao veruj mi**, samo je okrenuo, i svojom rukom napisao: „Pacijentkinji dati uput“. (Sara, 36, u prvom postupku)*

Traganje za kvalitetnim odnosom sa lekarom je motivacija za promenu lekara nekada i nakon mnogo iscrpljenih opcija. Ova promena u poodmaklim fazama iskustva, i nakon više ponovljenih neuspešnih pokušaja, deluje kao jedna od retkih stvari nad kojima žene i dalje imaju kontrolu i kojoj pribegavaju u nadi da će to promeniti ishode postupka.

*Na instagramu nađeš svašta i tu vidim kod moje prijateljice lajv doktora. Ja ono poslušam i on se tu meni nekako na prvu loptu svideo. I ja kažem mom mužu, rekoh, **ja ću njemu da pustim poruku** pošto je rekao da je otvoren za saradnju. Ja ću njemu da pustim poruku čisto me zanima eto, **zanima me samo šta će on reći, jer ja stvarno nemam više opciju**. (Snežana, 33, u četvrtom postupku).*

Da bi navigirale kroz medicinski kontekst, koji ne uključuje samo jednostavno prihvatanje medicinske nege već i socijalni odnos sa lekarima, složene psihološke potrebe i logističke poteškoće, žene su koristile i „veze“ u medicinskom kontekstu, koje su osiguravale putem novca ili poznanstava. Korišćenje ovog resursa ne povećava šanse za uspeh i one ga i ne koriste kako bi se dobila stručnija nega. Uloga novca i poznanstva služi tome da se obezbedi humaniji tretman ili uštedi vreme (što je sasvim uporedivo i sa iskustvima na porođaju: v. Pantović, 2021; ali i podacima iz drugih zemalja: v. Throsby, 2004). Plaćanjem nekih usluga, žene uspevaju da prevaziđu sistemske probleme, kao što je opterećenost zdravstvenih ustanova. Treba objasniti da kada se pominje novac u ovom kontekstu, pominje se plaćanje usluga u privatnim ustanovama, na primer propratnih nalaza, kako bi se izbegle gužve i čekanje u državnom sistemu. Međutim, događa se i da se paralelno sa lečenjem u državnoj ustanovi, usluge tog lekara plaćaju i privatno.

*Ja idem privatno kod tih doktora zato što on ne može da me primi stalno. Taj doktor recimo u državnoj bolnici, u privatnoj je malo drugačije. Ali u državnoj bolnici on ima svoja dežurstva ima svoj neki tempo. **Pa ja moram da odem kod njega privatno da bih mogla da ispratim folikul. Ili da me gleda neko drugi**. A taj neko drugi nekad neće da me pogleda. Ja nisam pacijent njegov, on ima svoje pacijente. (Monika, 39, u petom postupku)*

Budući da stimulisani postupak zahteva redovne kontrole, odlazak u državne ustanove i čekanje u redu je za žene često nemoguće, ukoliko rade i nisu na bolovanju. Zato se odlučuju da neke korake plate i sebi uštede vreme a verovatno i zadrže svoje poslove. Ovome se pribegava da bi žene imale pravo odlučivanja o vremenu kada idu na pregled ili analizu, ali može se pretpostaviti da ovo omogućava i formiranje odnosa sa tim lekarom čime potencijalno obezbeđuju nešto povlašćeniji tretman.

***Ja sam tu doktorku iz kliničkog našla gde radi privatno i u suštini dan danas ja idem kod nje malo privatno malo državno. Zavisno šta...** Mislim idem redovno državno ali za sve ove sporedne stvari, dogovore, odem kod nje privatno čisto jer je zgodnije i lakše da se zakaže za termine i ostalo. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Kao i plaćanje nekih usluga privatno, veze i poznanstva mogu služiti sličnoj stvari – davanju slobode odlučivanja o vremenu i organizaciji na koju bez ovih poznanstava ne bi mogle da računaju.

*Ja znam da sam rekla ne mogu sutra, sutra isto imam zakazanu (poslovnu obavezu) koju ne mogu da otkazem, je l' može prekosutra. On je rekao može i tad je bio prvi pregled, tako da, **imali smo sreće što za većinu tih stvari smo išli preko veze i mnogo smo manje čekali.** Neka poznanstva su se poklopila i nekako je onda išlo to brže. (Hana, 38, u trećem postupku)*

*Ja sam tu **iskoristila kolegijalnost sestara** (sa klinike) i ja sam tu komisiju imala bukvalno za sedam dana. (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog postupka)*

Za razliku od plaćanja usluga privatno, gde je veza između plaćanja i osiguravanja povlašćenog tretmana tek pretpostavka, veze, odnosno poznanstva svakako obezbeđuju i izvesnu dozu sigurnosti. Ukoliko računaju na to da imaju vezu, žene se osećaju bezbednije i veruju da će neko reagovati i pomoći ukoliko za time bude bilo potrebe. U kontekstu drugih stanja, kao što su trudnoća i porođaj, traganje za vezama je već analizirano (Pantović, 2021), stoga ne iznenađuje da se sigurnost i kontinuitet nege obezbeđuje vezama i u kontekstu vantelesne oplodnje.

*Da kažem, glavni razlozi zašto smo se odlučili, zato što smo kući. (...) **Mogu do svakog lekara da dođem.** To je znaš u Srbiji, **moraš da imaš neku vezu.** Ja u Beogradu nemam neke kontakte i to, da mogu da dođem do lekara direktno. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Istovremeno, veze i poznanstva nekada obezbeđuju i blagovremen protok informacija, koji može biti i od velikog značaja za zdravlje učesnica.

*Ja nisam imala takvu vrstu podrške kakvu sam očekivala. Ja sam preko (svoje) sestre saznala da sam u hiperstimulaciji. Meni niko ni od sestara ni lekara nije rekao da su mi nivoi hormona viši nego što treba da budu. Da nije normalno da imam 25 jajnih ćelija, **to sam saznala od sestre koja je kontaktirala svoju drugaricu.** (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)*

Kao što pokazuju rezultati iz porodilišta (Pantović, 2021), biti “nećija” pacijentkinja može, bar u nekoj meri, promeniti kvalitet iskustva. Time što je ova učesnica poznavala nekoga na klinici, mogla je na vreme da reaguje na simptome hiperstimulacije. Već je pomenuto koliko ozbiljne reakcije organizma na hiperstimulaciju mogu da budu (dve učesnice iz uzorka su hitno operisane, a jedna hospitalizovana u prvim nedeljama trudnoće) pa se postavlja pitanje da li bi ove informacije uspešno došle do pacijentkinje da nije imala vezu u sistemu.

Može se reći da praksa “davanja poklona” u iskustvu vantelesne oplodnje i nije tako česta – jedina učesnica koja je o ovome govorila isticala je koliko je preko svoje volje, ali smatrajući da mora, lekaru na lokalnu odnela bocu pića. Ovaj mehanizam uspostavljanja kontrole došao je više iz očaja usled iscrpljenih svih drugih opcija. Dogodio se Sari, čija priča je jasna ilustracija zastarelih mehanizama prisutnih u manjem mestu u Srbiji. Njeno iskustvo ispunjeno je razočaranjima u sistem koji je njeno lečenje dugo odlagao i potrebe ignorisao. Poklon, koji nema ni jednu drugu osim simboličku vrednost, bio je njen način da proba poslednju stvar, kako bi od lekara dobila samo jedno, a to je uput za vantelesnu.

***Kad je on video kesu sa poklonom, je bio kao: „O pokloni, pa mi volimo poklone. Ostava je moja omiljena prostorija u kući“** (...) Možeš da zamisliš koliko mi se želudac prevrnuo u tom trenutku. (...) **Ja sam šokirana da je to trebalo da se desi.** Prosto ne verujem. (Sara, 36, u prvom postupku).*

Upravo iz ovih razloga neke žene odlučuju da u potpunosti samostalno finansiraju svoje postupke vantelesne oplodnje – sa namerom da sebe poštede nekih karakteristika državnih ustanova.

Plaćam ja i sada ali znate kako. Sve košta, sad da li se to plaća parama, da li se plaća živcima, da li se plaća čekanjem. Ja sam izabrala da, i da podignem kredit da ne plaćam čekanjem, da ne plaćam nerviranjem, da ne plaćam time već finansijski da to platim. Tako sam ja, mislim da je to najlakše za mene jer zaista, ne osećam se prijatno kad idem kod lekara. (Kristina, 36, u trećem postupku)

Plaćali smo, da. (...) Sve je bilo nešto kao to se mnogo čeka, pretpostavljam da ima mnogo više žena koje su možda starije od mene i imaju kompleksnije slučajeve. Ja nemam nikakav, neki problem. Sve sam mislila ko zna gde ću ja da budem na tom spisku, ako budem čekala šest meseci ili godinu dana to mi je previše, ne mogu da izdržim prosto više i onda hajde kao platićemo. (Anica, 32, u prvom postupku)

Na kraju, jedna od prilika da se aktivno uključe u postupak vantelesne oplodnje je kada su akutno zabrinute za svoje zdravlje. Žene su u više slučajeva prepoznavale da lečenje ne teče onako kako su očekivale, te su dovodile u pitanje odluke lekara i povlačile granice u vezi sa narednim planiranim koracima. Ovo je značajno jer sa malo informacija, u situacijama gde osećaju da su izložene postupcima koji im mogu štetiti, njihovo preuzimanje aktivne uloge može izgledati i kao rizik po njihovo zdravlje. Ipak, neke od njih su smatrale da svoje procese poznaju dovoljno dobro da mogu zasnovano da donose odluke o svom telu.

Doktor (prezime) je imao predlog da ne pijem fraksiparin²⁸, ima takvo shvatanje da što više farmaceutskih proizvoda može negativno da utiče na plod (...) Tako da sam ja tu bila u nedoumici i onda u konsultaciji sa hematologom, koji mi je rekao da treba da pijem fraksiparin (...) sam ipak uvela fraksiparin. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)

Tako da, ja sam odlučila da ne idem, kako god da bude, da ne idem na operaciju, kako god da bude, znaću da ću imati još jednu šansu. Vraćam se, kažem da neću, da ne pristajem. (...). Od toga da sam ja već krenula opasno da se nerviram, opasno da odgovaram jer mi je bilo svega dosta. Ženo ti mene kriviš što nisam odreagovala kako si htela, što neću da se operišem, to je moje telo, to je moja odluka. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)

U domenu brige o sopstvenom zdravlju i svom telu, neke žene su procenjivale i kada je dobar trenutak da uđu u narednu vantelesnu oplodnju. Treba podsetiti da, iako sve dostupniji, postupci vantelesne oplodnje se u trošku RFZO-a obavljaju do 45. godine žene, što izaziva izvestan osećaj hitnosti, da se u nove postupke ulazi iznova, kako se ne bi propuštale potencijalne prilike da ostanu trudne. Drugim rečima, ulazak u svaki sledeći postupak vidi se kao šansa koja se ne sme propustiti budući da (u finansijskom smislu) ništa ne košta (eng. „nothing to lose and everything to gain“: Throsby, 2004). Međutim, neke žene uspevaju da se od postupaka distanciju i naprave „pauzu“ u lečenju, naročito ukoliko osećaju da imaju dobre šanse za uspešne naredne postupke. Jana je imala zamrznute embrione zbog čega je osećala manji pritisak da uđe u novi postupak.

Taj osećaj da mogu, a ne moram, to je nešto što ja nisam imala nad svojim životom, u bilo kom aspektu. A sad, ta neka kontrola. Imam te neke ćelije, te neke embrione koji me čekaju, ali ja ne moram sa njima ništa. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)

²⁸ Razređivač krvi koji se daje kao terapija za trombofiliju.

Međutim, nekada se i privremeni prekid postupaka događa i usled procene žena da fizički ili psihološki nisu spremne za novi postupak, naročito ukoliko on podrazumeva i celu proceduru koja uključuje komisiju RFZO-a i stimulaciju²⁹.

*Nisam počela sada ovog meseca, počću najverovatnije sledećeg. **Ja sam odložila, iz privatnih razloga!** Bila sam pod stresom, pa nisam htela da ulazim u proces tako. (Maša, 43, u četvrtom postupku)*

*Osećala sam samo umor, da sam malo umorna od... (...) **Sad u datom trenutku sam umorna, umorna sam od tih folikulometrija, od komisije, treba mi malo da se vratim na ono pre svega ovoga.** (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)*

Primećuje se da ova odluka dolazi nakon više neuspešnih pokušaja, i ako jeste način uspostavljanja neke kontrole nad postupcima lečenja, važno je postaviti pitanje kvaliteta tog lečenja i psiholoških potreba žena koje su više godina u postupku i koje tek nakon četvrtog ili petog postupka prave pauzu. Takođe značajno je razmotriti gde leži odgovornost za predlaganje pauze. Iako je vantelesna oplodnja proces u koji se ulazi voljno, te žene svesno počinju sa njime i teorijski mogu praviti pauzu i odlagati sledeći postupak kada god žele, one se suočavaju sa raznim vrstama pritisaka koje malo ko adresira, a istovremeno, nije jasno da li lekari ili komisija procenjuju da li je žena i psihološki pripremljena za nov postupak. U nekim od razgovora pojavila se i figura psihologa, obično zaposlenog na nekoj od privatnih klinika, ali ni kod jedne učesnice nije figurirala kao značajna za iskustvo.

Još jedan od načina preuzimanja aktivne uloge u postupcima je i promena strategije vantelesne oplodnje, u smislu odlaska u inostranstvo ili na donaciju u našoj zemlji. Nakon nekoliko neuspešnih pokušaja, uz razočaranje postupkom u našoj zemlji, četiri žene iz ove studije odlučile su da vantelesnoj oplodnji pristupe na drugačiji način. Dunja i Angelina su sa lečenjem nastavile u drugim evropskim zemljama, a Monika i Snežana su pokušale sa donacijom. Iako ni promena strategije ne znači jednoznačan završetak postupka, a svakako ne garantuje pozitivan ishod, pruža osećaj agensnosti i ilustruje nameru žena da koriste sve svoje resurse kako bi došle do željenog ishoda.

*Ja sam u polovini procesa za VTO u (inostranstvu). U (mestu stanovanja) nismo mogli da odradimo jer oni u KC ne rade biopsiju, a mužu je spermogram baš bio opao... **I onda da ne bismo godine proveli da se neko čudo desi, odlučili smo se za (inostranstvo).** (Angelina, nakon jednog neuspešnog pokušaja)*

Dodatno je važno napraviti razliku između ove dve strategije – odlaska u inostranstvo i odlaska na donaciju. Dok je odlazak u inostranstvo strategija kojoj žene pribegavaju u nameri da dobiju željeni tretman, procedura uz donaciju je za njih u izvesnoj meri poslednja opcija da ostanu trudne. Donacija reproduktivnog materijala i dalje je nov postupak u našoj zemlji, uveden upravo tokom trajanja terena ove studije. Žene nisu toj strategiji pribegavale rado, već tek nakon mnogo neuspešnih postupaka.

Odustali smo od postupaka koje finansira država, i od donacije, jer je nekako bilo stresno. Sami smo platili postupak donacije. (Monika, nakon pet neuspešnih pokušaja)³⁰

²⁹ Treba razjasniti da žene koje imaju zamrznute embrione prolaze nešto kraću proceduru – one se za vantelesnu oplodnju mogu pripremati i uz terapiju, ali ne prolaze kroz ceo stimulisani postupak jer nije potrebno izazivanje formiranja jajnih ćelija.

Treba podsetiti da su žene u uzorku ove studije ipak uglavnom u svojim tridesetim ili četrdesetim godinama, da su visoko-obrazovane i relativno ostvarene u drugim sferama života koje smatraju značajnim. Lečenje neplodnosti znači da su svesno artikulisale nameru za proširenjem porodice i medicinski kontekst služi rešavanju njihovih, praktično životnih pitanja. One, u skladu sa svojim godinama i iskustvima, pribegavaju različitim strategijama kako bi upravljale vremenom koje ulažu, znanjem koje imaju, tretmanom koji dobijaju i svojim zdravljem. Treba podvući da žene u ovom uzorku ne pripadaju nacionalnim ili verskim manjinama, i da su njihovi (muški) partneri bar u nekoj meri deo celog ovog iskustva, što može biti protektivno za njih, da se oseće bezbedno i samoeфикасно da preuzmu aktivniju ulogu u svom lečenju.

Budući da izbor klinika bar načelno postoji, i da su promene lekara u nekoj meri moguće, one to svoje pravo koriste kada su u prilici. Tada im je najbitnije da imaju utisak o stručnosti i uspešnosti lekara. Kada žive u manjem gradu i izbor je sužen, oslanjaju se na poznanstva ili sa lekarom formiraju odnos i u okviru njihove privatne prakse, kako bi sebi omogućile humaniji tretman. Odnos sa lekarima i doživljaj da su uvažene je vrlo značajan, tako da su neke žene promenile i više lekara u pripremi za vantelesnu, dok nisu ostvarile odnos poverenja. Takođe, ako osećate da lekari nemaju njihov najbolji interes u vidu, svesno povlače granice i odbijaju tretman – međutim treba biti sasvim jasno da se granice ne povlače tokom samog postupka vantelesne oplodnje, već tokom drugih vrsta testova i intervencija. Tokom postupka, žene najpre aktivno usmerene na upravljanje svojim emocijama, ali i očekivanjima, smanjujući neizvesnost kroz istraživanje svakog narednog koraka i upoznavanje sa iskustvima drugih žena, o čemu će u nastavku biti reči. Ovaj prostor za aktivnu ulogu je sužen iz više razloga. Sa jedne strane, mnoge karakteristike postupka nisu nešto što osobe van medicinske struke mogu razumeti. Istovremeno, budući da je vantelesna oplodnja postupak za dobijanje deteta, bilo šta osim informisanja o postupku bi potencijalno interferiralo sa njegovim tokom. Uključiti se u procenu doze ili trajanja terapije, prihvatiti ili odbiti naredni korak, suštinski znači preuzeti odgovornost za uspeh tog postupka odnosno rizikovati njegov neuspeh. Tako, uprkos i bolnim terapijama i nezadovoljstvu tretmanom, ni jedna vantelesna nije naglo prekinuta odlukom žena – najviše što mogu je da, ako bude neuspešna, u narednom postupku promene lekara ili kliniku.

Međutim, aktivna uloga koju žene imaju kroz celu medicinsku proceduru, uključujući suočavanje s neplodnošću, odlaske lekaru, postupak vantelesne oplodnje i sve druge prateće analize i intervencije, praćena je i aktivnom ulogom u regulaciji sopstvenih emocija.

3b. Suočavanje sa emocijama i njihovo prevladavanje

Emocionalni život žena u postupku vantelesne oplodnje vrlo je značajno pitanje. Sa jedne strane, kao što je već navedeno, šire okruženje, čak i zdravstveni radnici, svode emocionalne reakcije na hormonalne promene, ignorišu zahteve koje postupak vantelesne oplodnje stavlja pred njih. Dok prolaze kroz ovo zahtevno iskustvo, žene se nose sa svojim emocijama, očekivanjima ali i telesnim promenama, dok paralelno ispunjavaju svoje druge uloge u porodici ili na poslu. Kao što je objašnjeno u odeljku *Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očaja*, emocije se menjaju od ushićenja i nade povodom početka postupka, do tuge i očaja u trenucima neuspeha i gubitka. Izlazak na kraj sa emocijama podrazumeva ozbiljan emocionalan rad u delikatnoj životnoj situaciji, zbog čega je važno posvetiti posebnu pažnju tome kako se žene suočavaju sa svojim emocijama i

³⁰ Kao ishod postupka vantelesne oplodnje sa donacijom Monika je uspela da zatrudni i rodila je bebu (iako je došlo do prevremenog porođaja, nije bilo značajnih komplikacija).

prevladavaju stres izazvan zahtevima koji su stavljeni pred njih. Jedan od indikatora ovog emocionalnog rada, a ujedno i strategija za nošenje sa situacijom koja je nepoznata ili teška, je zadržavanje pozitivnog raspoloženja, šaljivanje i normalizacija iskustva koje je sasvim daleko od svakodnevnog.

Ali sam videla parove mi smo jedini bili nasmejani tamo. Jer sam se ja šalila stalno na njegov račun. Kako će oni tamo ko zna šta da zbućaju i pomešaju, kako ću ja crno dete... Mislim stalno smo se šalili. (Jovana, 36, u drugom postupku).

Doduše toliko sam se izlupala iskreno. Kada su me uspavljivali ne znam zašto sam ja imala potrebu doktorki da objašnjavam gde radi moj bivši momak. Mislim, na kraju mi je sestra rekla molim te skoncentriši se nemoj to da pričaš mužu. Ne znam zašto ali to je tako bilo. (smeh) (Iva, 32, u trećem postupku).

Ove šale služe tome da žene opuste sebe (nekad i druge) u situacijama koje su inače stresne ili presudne – kao što je iščekivanje transfera ili aspiracija jajnih ćelija. Žene nekada voljno a nekada nevoljno preuzimaju odgovornost i za emocije svoje porodice i partnera, ali o tome će biti reči u odeljku posvećenom upravo ulozi okruženja u postupku vantelesne oplodnje. Ipak, nije slučajnost da žene na sebe uzimaju ulogu u relaksiranju atmosfere i opuštanju i sebe i drugih. Sa jedne strane, okruženje od žena upravo i očekuje da znake nelagode ili stresa i ne pokazuju. Sa druge strane, one se nalaze u postupku za dobijanje deteta, kao i kada je reč sa trudnoćom i porođajem, prostor za deljenje negativnih emocija, odnosno isticanje negativnih strana ovog iskustva nije uvek dobrodošlo. Uzevši sve ovo u obzir, suočene sa nepoznatim, a nekad i ugrožavajućim medicinskim kontekstom, žene pribegavaju strategiji minimizovanja, kako bi sebi, a nekada i drugima, umanjile opravdanu tenziju. Jedan poseban način umanjivanja tenzije je i fokusiranje na trenutno umirenje, „sitna zadovoljstva“, kada sebi daju dozvolu da izađu iz uloge pacijentkinje. U situacijama dugog čekanja, pri prelasku iz faze u fazu postupka, žene primenjuju i traganje za distrakcijama, kako bi skratile vreme do sledeće faze i skrenule misli sa briga koje u tom trenutku imaju. Uz ovo je prisutna i namera da se telo opusti i usmeri na neku drugu aktivnost.

*I suprug i ja smo se dogovorili da ćemo od utorka da idemo na odmor tri dana. **Idemo u banju da šetamo po prirodi** da se isključimo od svega da bismo što više minimizirali taj stres, znači da se isključimo iz svih dešavanja i tako dalje. Tako da ovaaj, da ćemo malo da se posvetimo kao nama i tom momentu ajd' sad diši šetaj i ostalo, mimo stresa i mimo svega... (Andrea, 33, u prvom postupku)*

Jedan poseban način umanjivanja tenzije je i fokusiranje na trenutno umirenje, „sitna zadovoljstva“, kada sebi daju dozvolu da izađu iz uloge pacijentkinje.

*Svaki put kad sam išla, idem sebi da pružim neko zadovoljstvo. To su godine odricanja, ne pijem, ne jedeš slatko, ne jedeš grickalice, nemoj svinjsko, nemoj hleb, tako jadna bedna sa tom torbom od laptopa i mojom torbom i svim papirima **idem da se počastim jednim burekom, pitom s mesom.** (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)*

Treba istaći da su ove distrakcije delom i vrsta otpora, odnosno granica koje žene povlače. Dakle, čak i pod pritiscima za proširenje porodice, vremenskim ograničenjima i čestoj odgovornosti koju osećaju, žene pronalaze vreme i resurse za opuštanje i distanciranje od stresne situacije.

Tako da sam se malo više fokusirala na posao, na nas dvoje, da idemo u bioskop... Dobila sam zeca od supruga, kao ljubimca (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)

Važnu ulogu u distrakciji ima odlazak na posao. Upravo zato u literaturi nije sasvim jednoznačna preporuka da se žene sklone od svojih poslovnih zaduženja tokom postupka vantelesne oplodnje. Iako sa jedne strane svakodnevni odlazak na posao može voditi višestrukom opterećenju i višim nivoima stresa, kontakt sa kolegama i održavanje rutine pomaže normalizaciji iskustva.

*Prijalo mi je prosto da budem među ljudima i **da sam nečim zaokupljena**, to definitivno. Čak sam na primer za razliku od prvog puta, kad sam od početka stimulacije bila godišnji odmor pa bolovanje, sada sam prvih nedelju dana stimalacije radila a nakon toga kad sam već morala da budem u Beogradu na pregledima i sve, onda sam uzela bolovanje i lakše mi je bilo. (Hana, 38, u trećem postupku).*

Treba naglasiti da je traganje za distrakcijama svesna i namerna strategija, i da žene znaju koja vrsta distrakcije baš za njih može igrati pozitivnu ulogu u prevladavanju. One koriste svoje ranije iskustvo kako bi izabrale odgovarajuću distrakciju – dok neke odlaze na putovanje, u prirodu ili na aktivan odmor, neke okupiraju svoju pažnju prijatnim sadržajima koji nisu u vezi sa vantelesnom oplodnjom. To je znak da tokom iskustva vantelesne oplodnje ne zanemaruju sasvim svoje hobije i aktivnosti koje su volele i pre – njima su te aktivnosti u situacijama čekanja i neizvesnosti izvor snage i način prevladavanja. Svima njima je zajedničko to da za distrakcijama tragaju da bi se osetile bolje, u svom telu i u vezi sa narednim koracima, a ne da bi se samo sklonile od izvora stresa.

*Ali juče mi je bilo onako malo čudno. Zato što davno tako nisam bila sama slobodna kući. I onda tako čitala sam. Ja sam pročitala inače u samom postupku par knjiga. Gledam filmove, gledam serije, Ako mogu da ustanem do dvorišta da šetam i to. **Ništa posebno, ali gledam da upotpunim svoje vreme**. Jer ako samo sedim i mislim o tome onda će biti još gore nego sami postupak. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Procedure u okviru medicinskog konteksta su jasno određene – ako su nejasne onda se tiču očekivanja i praksi na lokalnu, a svakako nisu uređene očekivanjima i preferencijama žena. Drugim rečima, kontekst je takav da operiše po nekim standardima kroz koje žena treba da pronikne ili u vezi sa kojima treba da se tek informiše. Dodatno, vantelesna oplodnja je medicinska procedura sa čijim specifičnostima žene nisu detaljno upoznate. Mnoštvo situacija su za njih bile iznenađujuće, od statistike uspešnosti do bolova. Javne reprezentacije pojednostavljaju postupak, a ženama u postupku neretko bude potrebno baš da se suoče sa onim što ih sledeće očekuje. U tom slučaju, aktivno se informišu kako bi znale na šta treba da se pripreme.

Niko ne zna, a ja samo guglam, sve čitam istraživanje, istraživanje... Šta sam sve čitala, mogu da radim kao doktor. (Mitra, 29, u trećem postupku)

*Za bilo kakvom informacijom. Ja mislim da ne postoji par koji nije nešto guglao da traži u tom trenutku. **Sve smo pretraživali, mi smo se u jednom trenutku pretvorili u gugl bukvalno**, svaki termin, sto smo dobili napismeno i koji nam nije bio poznat sve smo čačkali, gledali. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

U ovom slučaju informisanje igra ulogu snižavanja neizvesnosti i pripremi za različite aspekte iskustva. Potreba za blagovremenim, tačnim i potpunim informacijama prisutna je tokom čitavog iskustva. Iako neke žene delegiraju brigu lekarima (na primer, ne tumače tačnost propisanih doza ili vremena uzimanja lekova), to se tiče samo toka postupka – njima je i dalje potrebno da znaju šta ih sledeće očekuje, kako procedura izgleda, i šta su mogući ishodi. Često ove informacije ne dobiju na klinici, nekada čak ni od žena iz okruženja, stoga im preostaje da same pretražuju informacije kako bi se pripremile.

*Sama sa sobom onako razgraničim kad me posebno uhvati panika i to. **Nekako imam te neke svoje mehanizme da krenem da pročitam nešto, da krenem da pogledam neko tuđe iskustvo, da vidim kako su oni, pa da vidim da li to mogu da primenim kod sebe. Da li će to da me smiri ili šta već.** (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Budući da žene koje prolaze kroz prvi postupak imaju više nade i pozitivnih očekivanja, ali istovremeno i više zabrinutosti u vezi sa samim karakteristikama medicinske procedure, suočavanje sa onim što je za njih prvi sledeći korak umanjuje anksioznost i neizvesnost, pa im i pomaže da se pripreme i osećaju mirnije. U kasnijim postupcima su znatno ređe nepoznanice u pogledu medicinske procedure, ali se emocije usložnjavaju, zbog čega upoznavanje sa tuđim iskustvima nije za kasnije postupke podjednako korisno u umanjenju stresa. U skladu sa trajanjem i neizvesnošću postupka, snažnim emocijama i visokim stresom, jedna od strategija nošenja je upravo zamišljanje željenog cilja i odlučno „izdržavanje“ svega što dolazi u međuvremenu.

*Ja sam jako uporna, i ja **mislim da ću ja to da guram dok ja to ne izguram, zato što sam ja taj tip osobe da ću da guram dok ne bude.** Ali nekako, ne mislim da ovo može da traje dugo ovakvo stanje. Mislim, ne znam. Ako ne bude sad, pa ne znam, biće, biće. Mora da bude.* (Andrea, 33, u prvom postupku)

***Ja sam sebe već videla da sam trudna!** (smeh) U ni jednom trenutku nisam, da kažem, gubila nadu.* (Kristina, 36, u trećem postupku)

Zamišljanje cilja je već prokomentarisano u odeljku *Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očajanja*, gde je bilo reči o tome na koji način i pozitivne emocije figuriraju u iskustvima žena. Oslanjanje na to da će bar neki postupak u budućnosti rezultovati željenim ishodom daje ženama snagu i ne razlikuje se između žena u prvom i u kasnijim postupcima. Bez obzira na redosled postupka, one osećaju nadu, a kada stimulacija teče bez problema i imaju poverenja u lekara, podrazumeva se da će bar na neko vreme imati pozitivna očekivanja.

Uloga koju imaju bliski ljudi u iskustvu vantelesne oplodnje značajna je i vredna pomena. Ona će biti analizirana u posebnom poglavlju, međutim, na ovom mestu, biće pomenuto na koji način žene u postupku prevladavaju stres i negativne emocije kroz oslanjanje na svoje okruženje koje ima ulogu da ih sasluša i pruži im podršku.

I onda komentarišem i pričam. Počela sam da pričam ono što osećam, zato što mi je tako lakše. (Kristina, 36, u trećem postupku).

Lakše mi je, naravno da ti je lakše kad imaš nekome da kažeš, da se požališ. (Mitra, 29, u trećem postupku)

Otvaranje, pričanje drugima (a ne nužno sa drugima), omogućava ženama da procesuiraju i artikulišu, pa zatim i razumeju svoje iskustvo. Neke od njih same prepoznaju da je to dobar način prevladavanja i za time namerno tragaju. Stoga ne čudi da im u prevladavanju pomaže svaka prilika u kojoj nisu sasvim usamljene i izolovane od drugih, kod kuće, ili na klinici. Treba istaći da najbliža osoba za razgovor nije uvek partner. Žene takođe preuzimaju aktivnu ulogu u tome koga će uključiti i to upravo sa namerom lakšeg prevladavanja emocija. Imajući u vidu da su nekada odgovorne i za emocije ljudi iz okruženja, te da im teško pada da prepričavaju aspekte celog iskustva, žene aktivno biraju svoje okruženje koje će biti deo onoga kroz šta prolaze.

*Jer ne mogu jer me oni cimaju za ovo i svako me tera ponaosob da mu pričam šta su mi radili i kako je to izgledalo i koliko me je bolelo od 1-10. **I onda mene stvarno preopteretiti dodatno a već sam preopterećena. I onda zbog toga nisam nikom rekla sad ovaj put.** Znala je samo moja kuma i to je to.* (Mitra, 29, u trećem postupku)

*Imam ljude sa kojima delim dosta toga, ali imam ljude oko sebe kojima dajem neke šture informacije, jer mislim da je i to za njih dovoljno. **Ne delim osećanja previše jer imam svog supruga sa kojim delim, svojom majkom.** A što se tiče drugarica i prijatelja nekih, osećanja nisam delila. (Marijana, 31, u prvom postupku).*

Ukratko, još jedna odgovornost žene je da pažljivo brine o tome koliko i kada govori drugima i to iz različitih razloga – da njih poštedi negativnih emocija, da sebe poštedi prepričavanja i prolaska kroz jedno iskustvo više puta, ali najvažnije od svega, da sebi omogući adekvatno okruženje za prevladavanje. O ovome će biti više reči u odeljku *Uloga neposrednog društvenog okruženja*.

Poseban stres i kulminacija postupka je njegov završetak, što je u slučaju mnogih žena neuspeh, odnosno gubitak. Nošenje sa emocijama u tim situacijama nije istovetno kao nošenje sa emocijama tokom postupka, najpre jer mehanizmi prevladavanja imaju sasvim drugačiju ulogu. Oni više ne služe očuvanju kapaciteta da se sa postupkom nastavi, već nošenju sa novom i nepromenljivom realnošću.

Prevladavanje gubitka

Mehanizme prevladavanja treba pažljivo sagledati u kontekstu u kojem su oni potrebni. Dok postupak traje, aktivan pristup rešavanju problema (na primer, promena lekara), informisanje ili traganje za distrakcijama pomažu ženama da u postupku istraju, „preguraju“ stresne aspekte, nadomeste nedostatke medicinskog konteksta i, u krajnjoj liniji, naprave korak ka trudnoći. Suočavanje sa gubitkom je potpuno drugačiji izazov. Nijedan mehanizam aktivnog rešavanja ovde više nije svrsishodan – gubitak je finalni ishod i ne može se prenebrežnuti.

Za početak, žene su svesne situacije u kojoj se nalaze i prihvataju da je u nekim situacijama dovoljno, a možda i neophodno, da sebi dozvole da osećaju to što u tom trenutku osećaju. Tu se najviše radi o emocijama tuge, razočaranja i nemoći da nešto promene.

***Važno mi je da isplačem, da to izbacim iz sebe ali nekako, da budem sama, ali da on bude tu sa mnom. To mi je bilo to, ne trebamo ništa da pričamo, prosto oboje smo u tome na neki svoj način. (kroz suze) tako da nekako to, da budem sama, u suštini ne da budem sama. Da budem s njim, da ćutim i da isplačem.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

Plakala sam. Nije kao da, jeste mi bilo krivo. I svesna sam bila da nije kraj sveta i da je početak trudnoće, i sa jedne strane mi je lakše bilo što je to početak, što nije neka poodmakla situacija. A sa druge strane mi je baš nekako bilo teško. (Angelina, 30, nakon gubitka rane trudnoće u prvom postupku)

Čak i kada smatraju da nije trenutak za tugu (kao kod Angeline, gubitak vrlo rane trudnoće u prve dve nedelje) ili da okruženje od njih očekuje da se drugačije nose sa situacijom, one ipak dozvoljavaju sebi da dožive i jasno pokažu emocije, ali i drugima daju do znanja da na to imaju pravo. U tim situacijama tuga je ograničenog trajanja, smeštena u kontekst jednog gubitka i ne iscrpljuje sve resurse žena koje tuguju.

*Ja sam videla da je beta negativna. To mi je bilo onako, počela sam i da plačem i, i (partner) kaže: “E ovoga sam se plašio”. Kažem: “Ma ajde bre šta si se ovoga plašio”. On to opet, mislim, sve se plaši moje reakcije. Okej, **i dobro je da ne budem dobro i ne mogu da budem tri dana dobro. Zaista ne mogu kad sam uložila i vreme i trud i sve to, i očekivala sam nešto, i neću da budem dobro. Jednostavno nije mi okej, nisam okej, proći će ne znam par dana i to je to.** (Kristina, 36, u trećem postupku)*

Tuga je sasvim očekivana reakcija nakon gubitka a žene imaju ulogu u tome da za sebe obezbede prostor u kojoj će je slobodno iskazati, te sebi dozvoljavaju reakciju koja im dolazi prirodno. Ovde ipak treba istaći da traganje za mestom i vremenom za pokazivanje emocija važi za žene dok još uvek imaju i kapaciteta da svojim emocijama upravljaju. Za neke žene, naročito kod gubitka odmakle trudnoće ili ponovljenog gubitka, traganje za distrakcijama može preći i u aktivno izbegavanje suočavanja sa nečim što se dogodilo. Ovde treba istaći da se ne radi o traganju za distrakcijama da bi se opustile i obezbedile više kapaciteta za sledeći korak, već da bi odložile suočavanje sa bolnim emocijama i „zaboravile“ šta se dogodilo.

*A i rad je svakako najbolji lek čoveku, ja se osećam dobro, nemam neke fizičke probleme i tegobe, sama da sedim... **Vraćam se redovnim obavezama prosto.** (Jovana, 36, u drugom postupku, nakon spontanog pobačaja i gubitka ploda u desetoj nedelji u prvoj vantelesnoj oplodnji)*

U ovom slučaju izbegavanje stresora čuva od preteranog emocionalnog bola ili bar odlaže trenutak suočavanja, za neki drugi period kada se budu osećale za to spremnije.

I onda s obzirom da sam bila trudna, onda sam naručila knjige o trudnoći, o deci, nege deteta i tako dalje i te knjige su naravno stigle dan kasnije ili taj dan baš kad smo saznali da nismo trudni. Tako da iskreno ostale su upakovane, podigla sam ih samo tamo na neki ormar i ostavila. Nekako nemam želju sad to da čitam svakako. I kao neka ih, pa bože zdravlje nekad će da zatrebaju. Ali nekako nisam imala potrebu da se njima bavim, da ih otvaram, da ih listam, da bilo šta jednostavno u tom trenutku, niti posle toga ovaj... (Angelina, 30, u prvom postupku)

Jedna od strategija kojoj žene pribegavaju je i umanjivanje težine koju gubitak ima kroz njegovu racionalizaciju. Znajući koliko vremena i truda žene ulažu u postupke vantelesne oplodnje, negativna reakcija na gubitak je sasvim očekivana. Međutim, da bi se suočile sa gubitkom, neke žene ga prihvataju kroz pripisivanje neuspeha okolnostima koje su nekontrolabilne i prepoznavanje gubitka kao čak relativno pozitivnog ishoda u odnosu na neke moguće, tako da sebi umanje patnju, smanje odgovornost i kreiraju distanca u odnosu na bolni događaj.

*Nekako se trudim da ne razmišljam negativno jer **sve se dešava sa razlogom.** Ta triploidija postoji mogućnost i da se trudnoća iznese do kraja, ali beba ne preživljava porođaj. Tako da je ovo najbolji mogući ishod. (Mina, 31, nakon četvrtog neuspešnog pokušaja)*

*Nije meni bolno. **Ja sam to odbolovala, stavila tačku i krenula dalje.** Mislim da ne treba se vraćati na nešto što... I onda kažem da je to prirodna selekcija prosto, šta da radimo. Možda bolje tako ne daj bože da sam rodila nesposobno dete. Uvek vidim da ima mnogo gorih slučajeva. (Jovana, 36, nakon neuspelog drugog postupka)*

*Ne mogu da krivim nikog stvarno. Ne mogu da krivim ni sebe, ne mogu ni supruga ne mogu da krivim ni doktore, jednostavno to je tako. Što kaže nekad, **možda više čovek treba da se ponada i veruje u boga i sve ostalo. I kako je nekako zapisano, tako će nekako da bude mislim.** (Maša, 43, u petom postupku)*

Naravno, ni jedna strategija nije svemoćna, te uprkos svim naporima, kada nivoi stresa postanu previsoki i prolasci kroz vantelesnu oplodnju prerastu u prolongiranu krizu, ni jedna vrsta mehanizma nije dovoljna da se patnja ublaži ili odloži. Nakon višestrukih gubitaka, tuga praktično prevlada sve druge emocije i žene sa teškoćom pronalaze načine da sa njom izađu na kraj.

*Sve u svemu, **slika je nepovoljna i nije sjajna i ja sam očajna,** ali nekad sam toliko očajna da pomislim da sam na granici depresije. Da me mrzi da operem zube, da me mrzi nekad da se*

*okupam. Mislim, ja sam civilizovano biće pa ću se okupam samo, pošto sam kao higijeničarka velika da ne legnem prljava u čistu posteljinu. Ali, **vidim i osećam znakove koji ukazuju da nisam dobro**. Često idem na neku psihoterapiju. (Monika, 39, u petom postupku)*

*Jednostavno kad se nekako, ne znam, kad sam valjda bila ko zna šta je moglo da se desi, kad mi se mod za preživljavanje isključio i kao jesi svesna šta se desilo, ne znam. **To mi došlo kao neka depresija. Bukvalno nisam htela da ustanem iz kreveta**. (Mitra, 29, u trećem postupku).*

Na ovom mestu više nije potrebno ponavljati na koje sve načine je vantelesna oplodnja stresno i krizno iskustvo za ženu. U suočavanju sa stresom, žene mogu primenjivati sve strategije koje su im i inače dostupne. Međutim, karakteristike ovog iskustva ipak čine neke strategije primenljivijim od drugih. Aktivno suočavanje sa emocijama ili sa problemom jesu uslovno rečeno preporučljive strategije, ali samo onda kada mogu dovesti do neke promene u iskustvu. Međutim, uzevši u obzir nekontrolabilnost vantelesne oplodnje i neizvesne, a potencijalno i vrlo bolne ishode, strategija izbegavanja nije ni neočekivana ni nesvrishodna (Gourounti et al., 2012). Žene koriste šale, opuštaju atmosferu za sebe i druge, skreću svoju pažnju sa onoga što ih muči, tragaju za opuštajućim aktivnostima i sve to jer su druge strategije do tog trenutka verovatno već iscrpele. Na primer, dok upoznavanje sa medicinskom procedurom igra značajnu ulogu u umanjeњу neizvesnosti tokom prvog postupka, za žene u kasnijim postupcima to više nije korisno. Kada su suočene sa gubitkom, dostupne strategije su još ređe. One mogu razgovarati sa drugima i deliti svoju situaciju, ali i preusmeriti svoju pažnju na nešto drugo – na primer posao.

Takođe, zaključak o svrsishodnosti različitih strategija se ne može doneti bez uzimanja u obzira resursa osobe koja tu strategiju primenjuje. Na primer, razgovor o emocijama može biti dobrodošao za ženu koja ima sa kime da razgovara, ali kada su usamljene jer vantelesnu oplodnju obavljaju u gradu u kojem ne žive, partner je na putu ili on sam nema kapaciteta da ih sasluša, ovo postaje sasvim nedostupna strategija (Martins et al., 2011). Pokušavati sa strategijom koja neće doneti rezultate bi izazvalo još negativniji efekat, usled čega su distrakcije, distanciranje i izbegavanje ponekad upadljivo prisutni.

Na kraju, nivoi stresa za neke žene su toliko visoki, a razne strategije su odavno iscrpljene, tako da uprkos svim naporima one ne pronalaze način koji bi im pomogao da se suoče sa stresom izazvanim vantelesnom oplodnjom. Kada se to sve dešava u medicinskom kontekstu u kojem nema (dovoljno) osmišljenih intervencija za reagovanje u ovim situacijama, može se pretpostaviti da nema ni mnogo prilika da se kapaciteti žena obnove. Na ovom tragu, bilo bi značajno razmotriti kako okruženje može da nadomesti nedostatke koji su prisutni u okviru ličnih strategija koje žene primenjuju. Međutim, uloga okruženja je raznolika i biće u fokusu sledećeg poglavlja.

4. Uloga društvenog okruženja u iskustvu vantelesne oplodnje

Na samom početku ove studije istaknut je značaj koji širi socijalni kontekst, politike reprodukcije i medicinske prakse imaju u iskustvu suočavanja s neplodnošću i vantelesnom oplodnjom. Ova društvena značenja se prelamaju na ličnom i porodičnom nivou, te i neposredna okruženja učesnica neretko produbljuju pritiske i ističu očekivanja od žena i njihove rodne uloge u pogledu zasnivanja porodice. Okruženje ima tendenciju da iskustvo oteža na razne načine – tako što onemogućuje protok informacija, vrši pritisak i zadire u privatnost, te ne pruža dovoljno podrške u iskustvu koje je po svim svojim karakteristikama zahtevno i bolno. Ipak, neka okruženja, bar u nekim fazama, postaju značajan izvor snage i prevladavanja za žene. Najneposrednije okruženje žena su njihovi partneri čija uloga će biti detaljnije razmatrana u posebnim odeljcima *Uloga partnera tokom postupka vantelesne oplodnje* i *Kvalitet odnosa i emocionalna dostupnost partnera*. Pre razmatranja uloge partnera i odnosa sa njim, biće analiziran značaj socijalnih kontakata žena, odnosno njihovih prijateljskih i porodičnih odnosa. Oni će ovde biti predstavljeni sa svim svojim karakteristikama i potencijalom da iskustvo učine lakšim ili težim za prevladavanje. Treba napomenuti i da značajan aspekt društvenog okruženja čini osoblje na klinikama gde se vantelesna oplodnja odvija i odnos sa lekarima koji je značajan za razumevanje iskustva vantelesne oplodnje, ali će on biti posebno analiziran u okviru narednog poglavlja.

4a. Uloga neposrednog društvenog okruženja

Iskustva suočavanja sa neplodnošću i vantelesne oplodnje se dešavaju u složenom društvenom kontekstu. Porodica, prijatelji, čak i kolege na poslu čine nekad značajne figure u ovom iskustvu, nekad i pre nego što je postupak vantelesne oplodnje počeo. Dok se par i dalje nalazi u fazi takozvanog „pokušavanja“, odnosno nakon što su artikulisali nameru da zasnuju porodicu, a pre nego što će ući u postupke lečenja, osobe iz okruženja u izvesnoj meri odigravaju mnoga tradicionalna društvena očekivanja od para u toj životnoj fazi.

*Čujem u razgovorima da **supruga svako malo pita neko...** „Šta ima novo, i kako nema ništa novo“. I onda moguće da je i to, taj momenat znaš koji ti doliva ulje na vatru, kad te neko stalno to pita: „Pa šta ima novo?“ **Jer sam to u stvari shvatila**, iz razgovora sa nekom drugaricom iz srednje škole, sa kojom se čujem u poslednje vreme, gde ona mene samo to pita kao: „Šta ima novo?“ I ja onda krenem da pričam šta ima novo u mom životu, a ona kaže: „Ma ne, mislim je l' ima nešto novo?“ Ja sad kao zbunjena: „Pa pričam ti šta ima novo kod mene, posao, imam posla i sve...“. „Pa da, al' znaš šta me interesuje“. I onda smo došli do toga **da nju interesuje samo to da li sam ja trudna, ili nisam trudna**. I meni su ti razgovori postali stvarno mučni. (Sara, 36, u prvom postupku).*

Sa jedne strane, žene u uzorku jesu u životnoj fazi koju njihovo okruženje vidi kao fazu za zasnivanje porodice – stabilna, dugotrajna partnerstva, završen fakultet, rešena pitanja stanovanja. Prvi vidljiv korak ka proširenju porodice je začetak trudnoće, pa onda društveni pritisci, već dovoljno snažno usmereni na žene, postaju još naglašeniji u ovom pogledu. Neka osobe iz okruženja su u ovome izričitije i svoja očekivanja komuniciraju otvoreno, što u praktičnom smislu poprima oblike direktnog pritiska, naročito kada dolazi od članova porodice.

*Situacije kad dolazim na primer, uzeću, evo, konkretan primer kad je došla svekrva kod mene, **kad me pita, kad me razgleda, pa da li će biti nešto, pa neće biti**, pa ovaj komšija ima, pa ovaj, pa brat, pa sestra... Pa i onda i mama kad me zove: „Pa jesi dobila menstruaciju, pa kako si, pa jesi nešto uradila?“ (Kristina, 36, u trećem postupku)*

*Kad me zove (otac) onda me pita: **Kako ide pravljenje mojih unučića?** (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*Moja mama je baš onako grizla. Pogotovo što ona ima neke probleme psihičke i onda to želi da leči tako što će da ima unuče, ono, standardna priča. **Ona smatra da smo mi baš zakasnili, da je baš kasno za nas, da ja imam već 32 godine, da je ona u 24 već imala dvoje dece, da smo trebali mnogo ranije na vantelesnu.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

Nalazi iz literature ukazuju na negativne efekte koji ovi pritisci imaju na blagostanje žena (Greil et al., 2011). Sa druge strane, upravo životna faza u kojoj se nalaze omogućava im izvesnu sigurnost i kapacitete da se sa tim pritiscima nose, te da povuku granice u komunikaciji sa bliskim drugima. Drugim rečima, žene u uzorku ovakve situacija i vide kao pritiske, ne internalizuju ih već ih smatraju neprimerenim i imaju potrebu da im se suprotstave.

*Mogu da kažem mojim roditeljima. Mogu da kažem mojoj majci da me zajebeš, nemoj da me pitaš više ništa. (...) **Mogu da budem gruba, bezobrazna i zla zato što su oni moji.** (Monika, 39, u petom postupku)*

Istovremeno, treba imati u vidu da su to uglavnom žene iz urbanih sredina koje porodicu zasnivaju nakon završenih fakulteta. One su motivisane da postanu roditelji, ali su motivisane i za druge životne korake usled čega su odluku o roditeljstvu unekoliko i odlagale. Sasvim je očekivano da ne pružaju podjednak otpor sve žene u našoj zemlji, naročito žene koje doživljavaju snažnije i češće pritiske okruženja ili za koje roditeljstvo možda ima nešto drugačiji status. Istraživanja tranzicije u roditeljstvo u našoj zemlji ukazala su na razlike koje socioekonomski status može da proizvede kada je reč o pritiscima – osobe nižeg obrazovanja i osobe romske nacionalnosti u Srbiji ranije postaju roditelji i kao motivaciju za to neretko navode počinjanje pritiscima iz okoline (Tomanović et al., 2016), što za žene u ovoj studiji nije slučaj.

Učesnice ove studije su ipak svesne ovog društvenog pritiska i imaju bar nekoga u okruženju ko je bar u nekom trenutku igrao tu ulogu. Međutim, nije svaka osoba iz okruženja podjednako značajna za njihovo iskustvo, i ono što ističu kao važno je kakve su reakcije najbliže porodice. Neke žene ističu značaj koji za njih ima porodica koja ovakve pritiske ne vrši, te zahvalnost ukoliko se osećale da mogu same da određuju ritam i sadržaj onoga što će sa njima podeliti.

*Od roditelja nisam očekivala ništa posebno ali sam dobila, bili su brižni, zabrinuti, pažljivi. **Nisu me pitali ništa, čekali su sama da im kažem, što meni jako prija.** (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)*

Sa druge strane, neke osobe iz okruženja sklone su zadiranju u privatnost pitanjima ili komentarima na temu proširenja porodice. U sledećem iskustvu vidi se ljubopitljivost osoba koje nisu lično bliske ženi, i iako se takvo zadiranje u privatnost ne vidi kao naročito bolno, svakako se prepoznaje kao neprimereno. Neprimerenost pitanja o proširenju porodice dobija na snazi upravo jer su ona upućena ženama koje se nalaze u postupku lečenja neplodnosti i u skladu sa time ni same na njih ne mogu da odgovore (iako aktivno tragaju za tim odgovorima).

Takva pitanja su mi obično postavljali ljudi koji su potpuno nebitni, koji nisu blisku. Tipa komšinica, starija komšinica ili tako nešto. Nisam nekako to doživljavala od svog društva, od porodice, od nekih bliskih ljudi. (Hana, 38, u trećem postupku)

Dalje tokom iskustva, otvaraju se nova pitanja u kojima osobe iz okruženja mogu značajno figurirati. Jedno od njih je i tretman vantelesne oplodnje, odnosno status koji ona ima u društvu. Potencijalna stigmatizacija iskustva ograničava prostor žena za deljenje, ali i za informisanje. Neke

od njih ističu da je okruženje predstavljalo prepreku na putu do informisanja, usled tajnovitosti i oklevanja drugih osoba da podele svoje iskustvo.

*Upravo zato nemamo informacije, zato što se **mного ljudi krije**, mnogo ljudi ne želi da priča o tome. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

*Kod nas niko ne ide na vantelesnu, i ako ide, **nemoj da se zna**. Takva je atmosfera u društvu. (Dunja, 32, u trećem postupku).*

***To je tabu tema**. Ne mojim roditeljima, nego uopšte u manjim sredinama. Gde je sramota pričati o tome. **Samo čuti**, biće sve u redu ako čutiš, što manje ljudi zna to je bolje. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)*

Za žene koje trenutno prolaze kroz to iskustvo, tajnovitost nesumnjivo otežava navigiranje kroz korake i informacije. Osim toga, delom prenosi poruku da se o iskustvu ne treba govoriti usled stigmatizovanja svakog načina postajanja roditeljem, osim putem spontane trudnoće. Međutim, iskustvo mnogih žena ukazuje da to nije stigmatizovana tema u svim okruženjima. Tako su se neke učesnice ove studije osećale relativno slobodno da svoje iskustvo podele sa osobama iz okruženja, ukoliko smatraju da im to može koristiti.

***Ja pričam sa svima, mi nemamo tajne**, mi pričamo javno. Ja, svako ko me poznaje, ako neko njegov ima problem sa sterilitetom, ja sam tu. **I naša okolina zna, ovo nije tajna**. Znaju moji ljudi na poslu. (Monika, 39, u petom postupku)*

*Ja nisam tip koji čuti, **ja sam svima pričala da sam išla na vantelesnu**. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

Dalje, čak i ako se u našem društvu i dalje idealizuje samo jedan oblik porodice (heteroseksualno partnerstvo i biološko roditeljstvo), na štetu alternativnih oblika, na primer usvajanja i homoseksualnih zajednica (Tomanović et al., 2016), postupci vantelesne oplodnje to svakako ne narušavaju. Treba podsetiti da je vantelesna oplodnja postupak za dobijanje biološkog deteta, a u ovoj studiji učestvovala su žene u heteroseksualnim zajednicama. Može se pretpostaviti da razlozi za tajnovitost ipak nisu u vezi sa stigmatizovanjem postupaka vantelesne oplodnje, nego da se tajnovitost koristi kao strategija prevladavanja – ćutanjem se žene ne izlažu dodanim pitanjima i nakon potencijalnog neuspeha ne duguju objašnjenja (v. Ainsworth-Smith, 2007). To je bar važno za učesnice ove studije i može se pretpostaviti i da žene iz njihovog okruženja, ne znajući kakve reakcije mogu očekivati od drugih osoba, pažljivo biraju kome i šta govore.

*Moja procena je bila, **da ja ipak sačekam, da ne govorim**. (...) Bukvalno sam mislila kada uradim prenatalni test i kada budem znala da je tu sve okej. Mislim, moram da priznam da se pribojavam, imajući sve u vidu. Znaš meni niko ne garantuje da ću ja sutra moći da zadržim, da možda neću morati da idem na pobačaj, iz ko zna kog razloga. (Sara, 36, u prvom postupku).*

*Za to znaju moji roditelji, za to zna svekrva, i još dvoje troje, četvoro ljudi maksimum. Jer ja nekako nisam bila slobodna da to delim sa svima. Da li sam ono, **ne želim svedoke svoje propasti potencijalne ako to ne uspe**. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Drugim rečima, postupak vantelesne oplodnje je u velikoj meri destigmatizovan i prihvaćen kao način lečenja neplodnosti, a oklevanje nekih žena da podele svoje iskustvo može se protumačiti više ili kao sujeverje (da ne „ureknu“ postupak) ili kao strategija prevladavanja, pre nego kao briga za to kako će druge osobe prihvatiti ideju o vantelesnoj oplodnji. Spontana trudnoća jeste kulturološki najprepoznatljiviji model zasnivanja porodice, ali usled promena u politikama i sve

češće medijske prisutnosti, vantelesna oplodnja je odavno izgubila status naglašeno alternativnog načina postajanja roditeljem.

Sloboda koju žene osećaju, da otvoreno razgovaraju, nije bezuslovna. Iako žene često biraju da o svom iskustvu govore, ipak biraju da same odluče o tome kada, koliko i kome će govoriti. U svom okruženju primećuju kršenje granica, ljubopitljivost i zadiranje u intimu koje je nedobrodošlo.

*Nekad me iznerviraju neki komentari, što ne probaš ovo što ne probaš ono, a mislim, ja sam sve živo probala, šta god čujem. I onda oni kažu, pa ona je probala to, popila ne znam, jedan čaj i zatrudnela. Reko' okej... **Tako da me iznerviraju ti komentari, kao da ja eto sedim i čekam da mi padne nešto s neba.** (Irena, 37, u petom postupku)*

*Od ljudi bih **najviše volela da me ne zapitkuju previše**, ima ljudi koji su me previše zapitkiivali.(...) „Pa šta je problem?“ Pa ja da znam šta problem verovatno bih ga rešila. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)*

Neosetljivi komentari i saveti njihovo iskustvo svode na jedan uspešan seksualni odnos, što minimizuje njihovu bol, izaziva frustraciju i još jednom kontrastira laičku pretpostavku o lakoj i spontanoj trudnoći sa njihovom perspektivom koja je sasvim drugačija. Drugim rečima, ovi nedobrodošli uplivi sasvim banalizuju iskustvo koje je dugo i bolno, a istovremeno su pokazatelj nepoznavanja bioloških procesa koji dovode do trudnoće i nepoznavanja biomedicinskog postupka vantelesne oplodnje. U neposrednom okruženju se prepoznaje svojevrsna vrsta neupućenosti, odnosno neznanja kada je vantelesna oplodnja u pitanju. Kada je reč o drugim bliskim ženama, one su svoje trudnoće održavale spontano, pa tako visokotehnološki postupak vantelesne za njih ostaje nepoznanica, i u tom nerazumevanju pružaju ograničenu podršku, trošeći kapacitete onih koji kroz vantelesnu prolaze time što traže da im se objasni postupak.

*Ali opet nekako to su **starije žene koje ne razumeju**. I ja njih ne krivim, mislim, ne razumeju, ni ja nisam razumela to do juče. (...) Mene mama pita: „A što se čeka do tog dana da ti vrate, što ti ne vrate odmah?“ **Jednostavno žena ne razume te cikluse i ne treba da razume. Zato je i rodila tri dece, što ništa ne razume.** (Mitra, 29, u trećem postupku)*

*Naišla sam podršku sredine, što se tiče mojih prijateljica i mojih prijatelja. Naišla sam na podršku sredine ali i **na jedno kompletno nerazumevanje** u smislu, ali zaista. Ne nerazumevanje za neka osećanja, ja sam videla da su se one kao sagovornice mučile da razumeju sve te termine ali **to je toliko daleko medicinski od nekih ljudi. To je tako nevidljivo ženama, uopšte reproduktivni sistem**, šta znači folikul, što to puca... (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Zbog karakteristika vantelesne oplodnje sa kojima se žene upoznaju silom prilika, odnosno njene tehnološke prirode i činjenice da se odvija u medicinskom kontekstu, tačne korake u proceduri poznaju (samo) oni koji kroz nju prolaze. Druge osobe nemaju potrebu da analiziraju biološke procese koji prethode trudnoći, ili opravdanost medicinskih odluka u okviru postupka. Zbog toga žene osećaju kao da njihovo okruženje nije uvek najbolja podrška.

*Ja verujem da **ljudi koji ne mogu, koji se nisu susreli sa ovim problemom, oni nemaju ideju** na koliko različitih nivoa je ovo strašno za pojedinca, za par... I za porodicu. (Monika, 39, u petom postupku)*

*A, mislim da zaista **samo može neko ko ovo prolazi da ima potpunu empatiju** i da zna u kom trenutku šta si osetio, šta si doživeo. (Iva, 32, u trećem postupku)*

Međutim, figure iz okruženja, nekada lično investirane u tok i ishod postupka, nekada samo blisko povezane sa ženama koje prolaze kroz postupak, upravo svojom brigom mogu narušiti granice žena. Ovo je u literaturi poznato kao fenomen „pomaganja pomagačima“ (eng. „comforting the comforters“: Throsby, 2004) odnosno, tešenje i briga o onima koji bi trebalo da budu izvor snage i prevladavanja za same žene. Nekoliko puta je napomenuto da žene preuzimaju odgovornost za emocije drugih ljudi – nekada ih namerno depriviraju informacija da bi se toga pošteđele, a nekada su u situaciji da svoje potrebe i patnju ostave po strani, da bi se pobrinule za druge.

Ti ljudi (prijatelji) nisu znali za moju priču, što je meni bilo opet kao, dobro mi je, dobro je što oni ne znaju o tome, jer ne želim da me oni sažaljevaju u tom momentu. Sa druge strane, ne želim da kriju sad svoju sreću zbog trećeg deteta, zato što sam ja tu. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog pokušaja)

*Sad kad sam dobila te panične napade i pad šećera, ja sam izbegavala ljude. Ja nisam išla ni kod mojih roditelja zato što meni nikad nije bilo dobro. **Znaš i ne mogu da idem tamo da ih zabrinjavam. Uvek mislim na druge.** (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)*

Roditelji parova u postupku često pokazuju brigu za zdravlje i blagostanje žene, pa su njihovo ulaganje i briga za nju opterećujući. Naredno iskustvo (boravka u bolnici nakon hitne operacije) ukazuje na odgovornost koju žene imaju u pogledu brige o drugima, ali ukazuje i na specifičnosti njihove trenutne životne faze – iako je vantelesna oplodnja za njih možda lično prioritet, promene u porodici i porodičnoj strukturi su neizbežne, te čine kontekst celog iskustva.

*Moja mama ima problema sa depresijom i pije neke lekove. Imali smo problema porodičnih sa bakom zdravstveno, nešto se tu izdešavalo. To bi za nju, mislim ono, baš bi bilo loše. **Tako da smo se mi svi dogovorili, hajde nećemo sad da joj kažemo**, ja ću izaći (iz bolnice) i biće to sve okej. Mi smo to tako lagali. Ja sam u bolnici ležala, primala ono sve i lagala da sam na poslu, molim ove žene tu da čute da ona ne čuje da sam ja u bolnici. To mi je bilo ono... **Zašto ja radim ovo... Zar ja nisam tu sad najbitnija.** (Anica, 32, u prvom postupku)*

Članovi porodice neretko problem neplodnosti para doživljavaju i kao problem cele porodice, pa se i lično investiraju u to šta se tokom postupka događa, ne uzimajući u obzir nesrazmeran pritisak koji je u postupku na ženama. Neke žene prepoznaju da briga o tuđim emocijama može da naruši njihove granice i pronalaze načine da se sa time izbore.

*To sam ja ranije, pa čak i u prethodnom postupku. Svačije emocije su bile bitnije od mojih. Jebote ja prolazim kroz to. **Mislim sve ja to razumem. I da moja majka želi da bude baba, i da njegova majka želi da bude baba i moj brat ujak, njegov stric... Sve je to okej ali ne može to nikog da boli više nego nas.** Mislim znaš, jer prosto ono kad dozvoliš ljudi krenu do te granice gde su oni, njima je teže nego tebi u nekom trenutku. (Iva, 32, u trećem postupku).*

*Mami je bilo onako najžalije to, i razumem. Rekla sam, drugi put joj (majci) neću i reći. Kaže: “Greh je da mi ne kažeš”. Pa znam rekoh, ali ne možeš ti da se više razočaraš od mene... Ona je žena koja ima 72. godine. **Ne može biti tebi teže nego meni. To nije prirodno da njoj bude teže, ali joj je teže.** (Jovana, 36, nakon drugog neuspešnog postupka)*

*Ne osećam da bi mi ona bila sagovornica, a **istovremeno osećam krivicu, jer ona tuguje što neće biti baka.** I to je za nju proces isto tako. Jer i ona je, izgubila ideju o svojoj budućnosti. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog pokušaja)*

Ukratko, blisko okruženje od neosetljivosti i neupućenosti može otići i u drugu krajnost i postati opterećujuće, previše uključeno i zahtevno na takav način da žena mora da izdvaja resurse za

brigu o njima i njihovim emocijama. Stoga može izgledati da se bliske osobe nalaze pred kompleksnim zadatkom osluškivanja potreba žena, ne znajući kroz šta prolaze i kako tome da pristupe. Međutim, da bi se bliske osobe smatrale podržavajućim, dovoljno je odsustvo pritiska, stigme i negativnih komentara. Podržavajuće okruženje obezbeđuje prostor ženama da procesuiraju, donose odluke i prevladavaju stres bez osećaja odgovornosti za druge i bez straha od reakcije drugih osoba. Drugim rečima, prvi nivo podrške je upravo prihvatanje vantelesne oplodnje kao načina lečenja i prihvatanje da prolazak kroz vantelesnu oplodnju može biti zahtevno iskustvo.

Šta bi roditelji mogli da urade? Ne znam... Za početak da ne daju zajedljive komentare. Ako nemaš ništa lepo da kažeš, onda nemoj ništa ni da govoriš. (...) Da budeš, znam da je tu, al' da ne bude previše invanzivan da te maltretira i da ne znam, ti daje neku disfunkcionalnu vrstu komentara i tako dalje. (Andrea, 33, u prvom postupku)

Deluje da je ženama potrebna nenametljiva podrška – prisustvo, uključenost, ali bez dužnosti da prepričavaju, objašnjavaju ili u nekim situacijama opravdavaju svoje postupke. Jedan od načina na koji neposredno okruženje uspešno odgovara na potrebe žena je pružanje praktične pomoći. Porodica često na sebe preuzme praktične poslove kuvanja i održavanja kuće kako bi žene poštovala zahteve lečenja.

*Sada za krio su nam bili i suprugovi, i moji i podrška i **potrčko šta god da treba, skuvaj, donesi**. (Iva, 32, u trećem postupku)*

*Jedan dan spremi (partnerova) mama, jedan dan spremi moja mama, znaš i tako, sestra (partnera) nas je zvala, **šta god treba. Ako treba da dođe da se očisti kuća, da se nešto ispegla, da se spremi**. Znači stvarno sa te strane su mi svi bili podrška. Tako da, nemam nešto da ti kažem sad fali mi nešto od tih ljudi. Stvarno mi ništa ne fali. (Hana, 38, u trećem postupku)*

U ovakvim poslovima obično su angažovane žene u porodici i može se pretpostaviti da time nadomešćuju upravo one poslove koje bi žena obavljala, ali koje, usled lečenja, ne može. Interesantno je da su partneri retko ti koji preuzimaju na sebe poslove brige o domaćinstvu. O ulozi partnera biće više reči nešto kasnije, na ovom mestu samo treba ukazati na to da praktičnu podršku češće preuzima šira porodica, a ne partner, i da se poslovi koje inače žena obavlja u domaćinstvu ne prenose na muškarca, već se delegiraju, ili kao u narednom citatu, odlažu dok žena ne bude u stanju da ih obavlja opet.

Pošto je sad dragi uveo restrikcije da ništa ne smem. Ništa, ništa, ništa. Pošto sam prošli put i usisavala i ribala kupatila i to. Rekao je ako me vidi da sam se savila da pazim gde ću da bežim. Ja kažem ja ne volim da mi je prljavo po stanu. Kaže: „Nek' sve čeka, nek' sve stoji, ako treba platiću ženu“ tako da... (Jovana, 36, u drugom postupku)

Vidljivo je učešće primarne porodice oba partnera, što ipak ukazuje na to da je proširenje porodice viđeno kao zajednički zadatak i da svi imaju podjednako značajnu ulogu u obezbeđivanju dobrih uslova za prolazak kroz lečenje. Neke figure u okviru porodice su izrazito značajna podrška za žene, i često pripadaju primarnoj porodici njihovih partnera.

Moja svekrva je jedna žena strava. Iii, ona mi u suštini tu najviše odgovara da s njom razgovaram. Nerealno, ali istinito. (...). Baš je puna razumevanja i topla je nekako, sasvim sasvim normalna je da. (Andrea, 33, u prvom postupku)

A oni su došli tu (partnerova porodica) i njegov otac je rekao, nema plakanja, biće, samo da ti budeš dobro. (Jovana, 36, nakon neuspelog prvog pokušaja, nije bilo srčane radnje)

Jedan od razloga zašto toliko partnerova porodica figurira kao podrška u iskustvu može biti i logistički – žene češće žive u delu grada, a nekada i u istoj kući sa porodicom svojih partnera. Oni postaju značajan deo iskustva u svakom smislu a to nekada uključuje i pružanje podrške. To ipak ne isključuje i druge figure iz društvenog okruženja. Iako netrpeljive na mnoštvo reakcija iz okruženja, žene aktivno tragaju za podrškom i cene ulaganje onih na koje mogu da se oslone.

*Brat mi je inače lekar (...) i on je bio tu sa nama. I onda mi je nekako mnogo lakše što je i on tu i on je nekako uključen u sve to, čak eto i ti trenuci kada suprug nije bio. **Kad sam imala utisak da prolazim kroz sve to sama, brat je bio tu i sve, nije rođeni ali opet mnogo smo bliski i bilo je mnogo drugačije, bilo mi je mnogo lakše.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

*(Kuma) mi je najveća podrška zato što me nekako, tu smo, iste smo, znamo se 12 godina, više.. **I onda i razume me i tačno me vidi,** ona mene pozove, ona mene, ona meni čuje po glasu i kaže mi dobro ne priča ti se, pozovi me ti kad budeš htela, da li večeras, da li sutra, nebitno. Zato što je ona takva, mnogo smirena, mnogo je nekako jednostavno me zna i ja njoj ne moram da kažem, ona mene pogleda i to je to. **Ona zna da li se meni priča da li se meni ne priča, da l' sam ja dobro, da li ja...** Ja mogu da kažem da sam dobro, ona mene vidi ako nisam i to je to... (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Kvalitetna podrška je podrška bez pritiska, očekivanja i zahteva i uz poseban senzibilitet i razumevanje delikatnosti pozicije u kojoj se žene nalaze. Od okruženja se očekuje da pažljivo postupa, da tumači i reaguje u skladu sa trenutnim potrebama. Budući da je iskustvo dugo i da se sastoji od više koraka, pa da su i emocionalne reakcije različite (kao što je objašnjeno u odeljku *Emocionalni vrtlog – ciklično smenjivanje nade i očaja*) ne iznenađuje to da ne postoji jasan uniforman zahtev od okruženja. Ipak, žene prepoznaju ovu delikatnost i kroz celo iskustvo insistiraju da su prisustvo i uključenost najvažniji.

Najteže – da ljudi osećaju, kad treba da priđu i kad treba da stanu. Ja sam tu zaista najviše... I koja pitanja mislim... Prijaju i koja pitanja ne prijaju. Jednostavno tu budu neki, da su tu, jednostavno da su tu. Možda nekad ne treba ništa pitati. (Kristina, 36, u trećem postupku).

Društveno okruženje figurira u iskustvu vantelesne oplodnje i kao podrška i kao otežavajući faktor u prevladavanju. Iako kvalitetnu podršku čini nenametljiva uključenost i obezbeđivanje prostora za procesuiranje iskustva, osobe iz okruženja mogu čak i banalizovati iskustvo vantelesne oplodnje i trošiti kapacitete žena koje kroz nju prolaze. U odnosu sa drugima, žene nekada na sebe preuzimaju informisanje ili brigu o njima (pomaganje pomagačima). U tom smislu je uloga bliskih osoba vrlo značajna – briga i uključenost su presudni za kvalitet podrške, ali dokle god su usmereni ka ženi, i ne prerastaju u ličnu patnju, ili se kao takvi bar ne komuniciraju. Drugim rečima, od bliskih osoba se očekuje da budu mreža na koju žena treba da se osloni, a ne deo izazova sa kojima žena treba da se nosi u situacijama krize.

Najneposrednije okruženje žena čine njihovi partneri. Iako je ceo postupak vantelesne oplodnje nesrazmerno na teretu žena, a njihovo življeno iskustvo je istovremeno i predmet ove studije, razmatranje uloge njihovih partnera zasluhuje posebnu pažnju i biće predmet sledeća dva odeljka.

4b. Uloga partnera tokom postupka vantelesne oplodnje

Uključenost partnera tokom vantelesne oplodnje ima višestruki značaj. Za jedne strane, tok i ishod postupka se tiču budućnosti i žene i muškarca, stoga je njihovo učešće u izvesnoj meri neophodno (obavezno je prisustvo na komisiji i aspiraciji). Sa druge strane, neposredni kontekst u kojem žene žive su njihovi partnerski odnosi pa su partneri tokom celog iskustva i najprisutnija bliska osoba iz okruženja. Ipak, budući da se postupak vantelesne oplodnje odvija u kliničkom okruženju gotovo isključivo na ženama, njihovi muški partneri³¹ su nekada direktno (zabranama), a nekada i indirektno (jer se postupak odvija na ženi i njihovo prisustvo nije deo samog postupka) isključeni iz procesa.

*I mene supruga pita kao: "Je l' bi ja uopšte trebalo da budem ovde?" Ja rek'o: "Pa kako to misliš? **Mislim, dolazimo zajedno, što ne bi ušao unutra, video sve to?**" "Pa vidim da su ovde sve samo žene". I onda, i kad čuješ razgovore ono sestara sa tim pacijentkinjama, **ja sam shvatila da muževi to uopšte ne prate**, ono kao... Njihovo je da se pojave onog dana kada bude aspiracija, kada kao treba da se donese ejakulat, i to je to otprilike. (Sara, 36, u prvom postupku).*

Prisustvo muškarca je medicinski neophodno tek nekoliko puta tokom postupka – u prikupljanju nalaza specifičnih za njegovo zdravlje, na komisiji i na aspiraciji kako bi embriolozi imali reproduktivni materijal oba partnera za oplodnju. U svim drugim fazama postupka, muškarci nisu uključeni i za njih nekada u praktičnom smislu nema ni mesta, naročito kada se govori o državnim sistemima opterećenim pacijentima. Zbog toga kako je postupak medicinski uređen, a i kakve su karakteristike ustanova, muškarci nekada nemaju uvid ni proceduralno do koje faze je postupak došao i kako je neki konkretni dan za ženu na klinici izgledao. Žene ovu isključenost primećuju i često je ona iz njihove perspektive razlog ograničene podrške koju im njihovi partneri pružaju.

*Onda mi je kliknulo kao pa da, **on jednostavno ne može da zna zato što nije u tome**, nisu njega uspavljivali kad su mu radili histeroskopiju. Nije on taj koji pije te lekove od kojih meni pet dana od tih lekova bude katastrofa, vrti mi se u glavi, bude mi muka, znači zlo. Ovaaj, i nije on taj koji ide na sve to, i ne mora on da ide tamo i da leži, i da sad čeka da mu nešto ušpricaju. (Andrea, 33, u prvom postupku)*

Karakteristike ustanova (opterećenost brojem pacijenata) i karakteristike postupka (sprovodi se isključivo na ženi) u velikoj meri objašnjavaju ovo odsustvo njihovih muških partnera. Dodatno, u skladu sa postupkom koji podrazumeva praćenje procesa na ženskom telu, muškarcima su neka telesna iskustva nedostupna i u njihovom razumevanju oni ne mogu da učestvuju.

*Ja sam vrlo svesna svog ciklusa, koji je na 28, maksimum 29 dana. I da, tačno znam kad su dani moje ovulacije, da moje telo to govori, i da moja psiha to govori, i to njegovo (partnerovo) neprepoznavanje tih momenata jer je on u tom momentu zauzet svojim doktoratom. I moj unutrašnji nemir kao, jao i ovaj mesec će da nam propadne, I ovaj kao sad ćemo zakasniti jedan dan. Ili pet sati. Ta neka anksioznost povodom toga. (...) **On kao muško nema taj osećaj koji ja imam u svom telu i prepoznajem tih tri, četiri dana.** (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

³¹ Treba podsetiti da je cilj ove studije analiza iskustava žena koje ulaze u postupak vantelesne oplodnje radi lečenja neplodnosti, što je u trenutku formulisanja ciljeva ove studije bilo moguće samo za žene u heteroseksualnim partnerstvima.

Među ženama postoje razlike u tome kako vide postupak, kako se tokom njega osećaju i samim tim, šta od svojih partnera očekuju. Neke žene očekuju od svojih partnera samo onoliko učešća koliko se u medicinskom kontekstu i podrazumeva, a svi koraci gde muškarac ne mora da uzme direktno učešće se onda smatraju neobaveznim za njega. Međutim to ne znači da su onda i emocionalno sasvim izuzeti iz postupka.

*Išao je suprug sa mnom par puta ali **on je i radio, prosto je nezgodno** da izađe sa posla zbog toga. Realno nije to ništa što se tiče terapije. Što se tiče aspiracije, prisustvo supruga je obavezno, što se tiče transfera, isto, što se tiče tog samog prijema kad se otvori istorija bolesti, isto... **Kad su te bitne stvari u pitanju, onda da. Inače kad je terapija mislim, nema potrebe.** (Marijana, 31, u prvom postupku)*

*Pa u suštini, **partner je totalno pogubljen jer on nije do kraja siguran ni šta radim**, mislim jer zaista, kažem ti, on mi je podrška, i nenormalna ljubav ali ja sad njemu da kažem: „Jao boli me od ove igle“ ili ne znam šta, niti sam ja taj tip žene niti je on taj tip muškarca mislim. **On je došao dva puta na odeljenje samo kad je trebao da me izvede.** (Iva, 32, u trećem postupku)*

Ukratko, muški partneri su sistemski isključeni, a u našem društvu je to i kulturološki relativno prihvaćeno što se vidi i u iskustvima žena koje tu isključenost nisu dovodile u pitanje. Da li će žene lično problematizovati odsustvo muškarca izgleda da nije u vezi sa njihovim obrazovanjem, ekonomskim statusom i brojem postupaka koje su prethodno prošle, ali može biti u vezi sa time kako žene vide baš svoju ulogu u procesu. Ukoliko sebe vide kao dovoljno jake, spremne da se suoče sa izazovom i sa njim izađu na kraj, osećaju se kao im prisustvo partnera neće značajno olakšati iskustvo. Međutim, ovakvo razumevanje, iako delom objašnjeno individualnim karakteristikama žena, nastaje u spletu društvenih okolnosti koje odgovornost za rađanje, a kasnije i staranje o deci često stavlja baš ženama na teret (domaća istraživanja ističu neravnopravnu podelu poslova kada je reč o tranziciji u roditeljstvo, npr. Bobić, 2018). Dalje, iskustva u vezi sa reprodukcijom su neretko tabuizirana. Sekulić (2015) pojašnjava da uprkos napretku u tehnološkom i medicinskom razumevanju reprodukcije, lično hvatanje u koštac sa temama telesnosti svog i suprotnog pola, te upoznavanje sa seksualnošću, ostaje i dalje u sferi stigmatizovanog i zabranjenog. Paralela se može povući i sa drugim reproduktivnim procesima žena – kao što žene u našem okruženju skrivaju menstruaciju (Sekulić, 2015), i kao što se usled različitih institucionalnih i kulturoloških okolnosti obeshrabruje prisustvo partnera na porođaju³², tako se i u iskustvu vantelesne oplodnje muškarci drže izuzetim i pošteđenim bola, patnje i neprijatnosti reprodukcije.

Nešto manje značajno za kvalitet iskustva ali u praktičnom smislu vrlo bitno je pružanje logističke podrške prolasku kroz postupak. To uglavnom znači odvoženje do klinike, zbog terapije ili intervencija. Preuzimanje uloge u vožnji je sasvim u skladu i sa rodnom raspodelom uloga u našem okruženju. Tim činom oni igraju svoju ulogu u procesu, čak iako to znači da će ostati ispred klinike da čekaju. Uloga muškog partnera da partnerku preveze do klinike i tu je sačeka se istakla kao vrlo značajna, što je posebno uočljivo kada ta vrsta pomoći izostane.

*Dakle, bio je uključen u nivou “kako je bilo?” i ne znam šta. Ne dovoljno. Došla sam do nivoa **do počinje da mi smeta da gledam kako, raznorazne žene njihovi partneri dovoze čekaju i ostalo.** (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

³² Besplatno prisustvo pratnje tokom porođaja i dalje nije omogućeno u svim porodilištima u Srbiji. Tek tokom 2024. godine, i to usled snažnog pritiska javnosti, uloženi su sistemski naponi da se ovo omogući bar u nekim porodilištima (Tuvic, 2024).

Ja sam se na kraju odlučila taj četvrti put za (bolnicu na lokalu) zato što ja fizički ne mogu više da putujem. Moj muž je, malo mu se promenila vrsta posla. Ranije je radio samo neki tehnički posao kao inženjerski a sada radi onaj biznis aspekt. I on mora da bude prisutan ovde. Naš svaki odlazak negde je takav što ja vozim da bi on mogao da priča telefonom. Mi stajemo pored puta da bi on mogao u hladovini da otvori laptop da vidi nešto. Prosto, odlučili smo se, meni je isto lakše. Pređem... Ja živim u centru grada, bolnica mi je blizu, prođem tu kroz jedan parkić, i odem u bolnicu. Ne mogu više. (Monika, 39, u petom postupku)

Iz ovoga se vidi da je ženama potrebno da njihovi partneri budu uključeni i u praktičnom smislu, prisutni i vidljivi i njima i drugima. Može se pretpostaviti da i pružanje emocionalne podrške nema istu težinu ukoliko muškarci ostaju sasvim neupućeni u procedure koje se dešavaju na klinici. Kao ishod ove isključenosti, žene se tokom postupka osećaju usamljeno. U odeljku *Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju* je najviše bilo reči o tome u kojoj meri se pritisak vantelesne oplodnje odražava na svakodnevnicu i zdravlje žena koje kroz nju prolaze. Time što klinike praktično podržavaju neprisustvo i neuključenost partnera, povećava se šansa da žene budu ostavljene i u praktičnom i u emotivnom smislu, da se same nose sa iskustvom.

Najteže mi je bilo kad sam ono gledala supruga na prozoru i sutra mi je sestri bio rođendan i tako. Ali preživi se sve na kraju krajeva (kroz suze). (Maša, 43, o iskustvu boravka u bolnici nakon vanmaterične trudnoće)

Ja sam mnogo puta, i na hormonima i mimo hormona dovela svoj brak u pitanje. Valjda zbog te nemoći. Ta činjenica da se po ženskom organizmu toliko sankaju (...) I ja onda dođem kući pa prenosim njemu šta je koji lekar rekao, pa da li ja to prenesem dobro, ne prenesem. (Dunja, 32, u trećem postupku)

Falio mi je kad sam išla u Narodni Front za tu kiretažu. Tad mi je falio. Znaš kad si u strahu, ne znaš šta će da ti rade. (...) Taj strah da li to... Ne može on meni da pomogne. On ne može čak ni da uđe unutra! (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfer)

Treba podsetiti da žene kroz neprijatno, neizvesno i bolno iskustvo vantelesne oplodnje (i povremenih ugrožavajućih posledica iste) prolaze radi ostvarivanja zajedničkog cilja, što je proširenje porodice. Dodatno, prolaze kroz iskustvo koje im je u nekoj meri nepoznato, pa medicinske procedure izazivaju anksioznost, ili su od njih već iscrpljene. Tragati za podrškom partnera u toj situaciji je sasvim očekivano, i to tragati za različitim vrstama operativne i emocionalne podrške. Sistemsko isključivanje muških partnera iz kliničkog okruženja za žene figurira kao problem jer oni ostaju neupućeni u praktične izazove i emocionalno stanje žena u situacijama povišenog stresa. Njihovo prisustvo bi im omogućilo da bolje razumeju kroz šta žene prolaze, sa time se identifikuju i podrže ih.

Praktična i emocionalna uključenost partnera je značajna i van kliničkog konteksta. Potencijalni praktični zadatak u koji bi partneri mogli da se uključe je administriranje hormonalnih injekcija tokom stimulisnog postupka. To su injekcije koje se daju u stomak i za koje žene često budu obučene da daju same sebi, osim ukoliko ih ne primaju na klinici. Njihovi partneri to mogu raditi za njih, mada od ličnog senzibiliteta zavisi da li će se u to zaista i upustiti.

Pa ja sam odmah znala da ja sama sebi da dajem ne mogu. To sam odmah znala. A pošto mi je klinika blizu onda mi je bilo zgodno da idem da mi tamo daju. Pošto suprug on je pravnik, on nema veze sa tim. Međutim snašao se sa ovim sad penom. Tako da, baš sinoć kaže, u kaže: „Ja bih mogao da budem i medicinski brat ako zatreba, al’ sam se isprakovao“. Prvi dan je onako čitao uputstva detaljno kako šta treba da radi. A sad već ne mora da čita ništa (kroz smeh) Tako da, pa nemam pojma, ja znam da meni je to problem da ja gledam kako ću

ja to sebi da dam. A to mi daje u rame, u ruku. Tako da, on je to preuzeo i dobro mu ide. (Irena, 37, u petom postupku).

Iz prethodnog iskustva vidljivo je da postoji izbor u tome ko će se prihvatiti zadatka administriranja hormona, i ukoliko se ni žena ni muškarac ne snađu, ženama preostaje da odlaze na kliniku da ih primaju. Ipak, ovo za žene koje ne žive u istom gradu gde se nalazi i klinika jednostavno nije moguće. Time one ostaju bez tog izbora i ukoliko njihov partner nije spreman da to preuzme, one same sebi daju injekcije. Iako žene vide vantelesnu oplodnju kao zajednički zadatak i to ističu, od svojih partnera ne očekuju nužno da na sebe preuzmu neke od najdelikatnijih delova iskustva kroz koje prolaze. Međutim, delikatnost tog iskustva može upravo biti i razlog njihove isključenosti. Jedna učesnica, iako su i ona i partner zdravstveni radnici, nije se inicijalno osećala dovoljno prijatno da mu dozvoli da joj daje injekcije.

Prvi put (...) nisam mu dozvoljavala da me on bocka iako je on imao sticajem okolnosti obuku na poslu i znao je neke osnove tog davanja injekcija, tako da, prvi put nisam imala poverenja. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)

Kada se stimulisani postupak završi, žene kod kuće čekaju ishod embriotransfera i tada su njihovi partneri nešto prisutniji. U toj fazi njihova uloga je da vrše svojevrсни nadzor nad ženom i njenim telom, kako bi se povećale šanse za trudnoću. U prethodnom odeljku je pomenuto da to ne znači nužno da će on njene poslove preuzeti, već samo da žena privremeno treba od njih da se suzdrži.

Ja, nekad bih se zaboravila, pa tipa iz nabavke kad idemo, ja bih pokupila jedno pet kesa. Ovaaj...Sva sreća pa on drekne: „Nemoj ništa da diraš!“ (Sara, 36, u prvom postupku)

Možda me čak (partner) nervirao: „Nemoj to da radiš, nemoj to“. I to je počelo da me nervira, nisam invalid. Znam šta smem da radim, znam šta ne smem, ne možeš... Mislim okej oboje želimo jedno, ali znam svoje telo, ne mogu da ostanem kući tri dana, počće glava da me boli. (Kristina, 36, u trećem postupku)

Najznačajniju ulogu partneri su imali u situacijama kada su žene čekali dugi oporavci nakon hitnih intervencija. Njihov oporavak od ovih intervencija je svojevrсна kriza – hitne operacije nisu očekivane i osim što žene prolaze kroz medicinski zahtevnu proceduru i neočekivan bol i stres, njihovi partneri su takođe zatečeni i u neizvesnosti, a zatim i zabrinuti i upućeni na njih tokom oporavka.

Apsolutno ništa nisam mogla da radim, presečeni su mi bili svi trbušni mišići. Ja u wc nisam mogla da idem da me muž ne drži. Ja kosu nisam mogla da operem da je on ne opere, da se okupam, da legnem na krevet, apsolutno sam zavisila od njega. (Anica, 32, u prvom postupku)

Njihova značajna uloga u podržavanju svojih partnerki se u tim situacijama ne može izbeći. Budući da se radilo i o životno ugrožavajućim situacijama, njihovi svi resursi su bili usmereni na oporavak žene. Njena patnja i bolovi uzimaju vrlo konkretan oblik, na primer, vezanost za krevet, te su zadaci partnera (i drugih bliskih ljudi) u toj situaciji očigledni.

Istovremeno, u analizi resursa koje muškarci i žene ulažu u vantelesnu oplodnju, treba uzeti u obzir i širi kontekst u kojem žive. Njihov zajednički cilj ne podrazumeva samo lečenje, već i očuvanje i obezbeđivanje uslova da se dete odgaja i porodica razvija. Muški partneri su rede u

pozicijama u kojima mogu da uzmu bolovanje ili odsustvo bez ugrožavanja svoje pozicije na poslu, a takav finansijski rizik par nije u stanju da podnese³³.

*Sećam se da mi je tad bilo mnogo teško jer je on radio, da, on je radio imao je puno pacijenata i sećam se da sam mu rekla, u smislu: „Dodi, nije fer, nisam sama u ovome“. I mislim, on je došao posle par dana kad je i trebalo i sve, i nekako, svesna sam bila da to mora tako da ide... Da on ne može sebi da priušti da uzme mesec dana bolovanja jer manje više on kod privatnika nema pravo na bolovanje. Može da uzme neplaćeno ali onda neće primiti platu nekako i od njegovih finansija zavisimo i tako. Ali nekako taj jedan period posebno onako to je bilo onih nedelju dana kad se uključi dodatna stimulacija, kada je pred aspiraciju. **Tad sam bila baš baš emotivna i tad mi je bilo baš teško.** (Hana, 38, u trećem postupku)*

Sedim kući, ležim sama. Partner nije tu. Ja sam svesna da on mora da ide da zaradi te pare, ja ih ovde ne mogu zaraditi, a ni on, znaš. A on tamo (u inostranstvu) lepe pare zaradi da mi možemo da idemo u postupak, to nam je cilj. (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)

Veće uključivanje partnera u postupak vantelesne oplodnje je sistemski onemogućeno ili obeshrabrivano, karakteristikama procedure, (ne)uslovnošću ustanova, raspodelom rodni uloga i odgovornostima koje postoje mimo rada na proširenju porodice. To otežava njihovo upoznavanje sa procedurom i potrebama žene zbog čega je ovaj odeljak još jedan podsetnik na to da teret lečenja neplodnosti pada na žene, te da one ovaj teret prepoznaju, a uzimajući u obzir sve ove okolnosti, uglavnom i prihvataju. Ipak, kada je reč o životno ugrožavajućim situacijama, partneri dobijaju značajniju praktičnu ulogu, da se pobrinu za svoje partnerke kada one to ne mogu same. Na kraju, uloga partnera nije samo praktične prirode – lečenje neplodnosti nekada dugo traje i može izvršiti pritisak na kvalitet partnerskog odnosa. Zbog ovoga, i nesrazmernog opterećenja koji žene doživljavaju u vantelesnoj oplodnji, upravo kvalitet odnosa i emocionalna dostupnost partnera imaju značajnu ulogu i biće analizirani u narednom odeljku.

4c. Kvalitet odnosa i emocionalna dostupnost partnera

Lečenje neplodnosti, odnosno naponi koji se ulažu kako bi se ostvarila trudnoća tiču se para. Odluka da se uđe u postupke lečenja neplodnosti dolazi kada, nakon više meseci (nekad i godina) nezaštićenih seksualnih odnosa, ne dolazi do trudnoće. Kontekst je takav da je u heteroseksualnom partnerstvu odluka o trudnoći bar u izvesnoj meri zajednička – da bi ušli u lečenje, najpre moraju prepoznati da je zasnivanje porodice njihov naredni razvojni korak. Žene prepoznaju to da se u lečenje ulazi onda kada oba partnera procene da je to značajno i da su na to spremni.

*Što se tiče mog bračnog partnera, tu sve delimo. Mi smo potpuno u tome zajedno i to je za mene dobro zato što smatram da ako je vantelesna prosto ne treba da prolazi samo žena nego treba podjednako da učestvuje muškarac. Jeste da on ne ide da prima terapije, ne ide na aspiraciju, ali prosto mislim da podrška mora da postoji. **Zato što je to neki zajednički problem odnosno pokušaj rešavanja problema.** (Marijana, 31, u prvom postupku)*

³³ Neke učesnice su objasnile da su njihovi partneri vlasnici malih preduzeća ili rade kod „privatnika“ usled čega ne mogu da uzimaju odsustva bez gubitaka. Podaci Republičkog zavoda za statistiku ukazuju na to da blizu 80% svih samozaposlenih u Srbiji čine muškarci (Republički zavod za statistiku, 2024).

*Ja prilično namećem stav da, **da je ovo stvar dvoje ljudi.** (...) Ali ako smo se već našli zato što nam je, ovo sve odgovara i **ako treba da imamo dete, onda smo dvoje u tome.** I treba da delimo sve. I to je neki načelni stav o kom mi razgovaramo. (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

Međutim, lečenje neplodnosti često ima posledice po kvalitet partnerstva i funkcionalnost njihovog odnosa, a neke promene dolaze već sa prvim postupcima lečenja, dugo pre ulaska u vantelesnu oplodnju. One ne moraju nužno, a ni trajno uticati na kvalitet partnerstva, ali svakako ne prolaze nezapaženo. Jedna od prvih medicinskih preporuka za prevazilaženje problema neplodnosti, ukoliko nema prepreka kao što su zapaženi jajovodi, je praćenje ovulacije i stupanje u takozvane tempirane seksualne odnose. Ovo ukratko znači da parovi tačno znaju u koje vreme treba da imaju nezaštićeni seksualni odnos, da bi povećali šansu za trudnoću. Očigledno, ovakva vrsta programiranja njihovog odnosa narušava spontanost i intimu, što je prepoznato i u literaturi (Jestrović, 2021; Meyers et al., 1995; Valsangkar et al., 2011). Začetak trudnoće se smatra prirodnim i očekuje se da do njega dođe spontano, nezaštićenim seksualnim odnosom. Svakako da parovi doživljavaju postupke lečenja biomedicinskim tehnologijama kao naglašeno različite od ovog očekivanja, međutim, ni tempirani odnosi nemaju karakteristike spontanog i prirodnog.

*To je za intimnost i za neku bliskost po meni katastrofa. **Da tebi neko kaže ti sad treba da imaš odnos tad tad tad i tad. To ne liči ni na šta,** i to ja ne znam možda bude zanimljivo ne znam ni ja, prvi put (kratki smeh). Ali da ti neko kaže: „Moraš sad!“, aj sad ne razmišljaj o tome zašto to radiš... Mislim onako, malo je, ne znam, baš je nezahvalno. (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*Onda kad je posle prolazilo vreme ja naravno ujutru se budim sa tom činjenicom, aha znači za pet dana su mi plodni dana, za sedam dana mi je ovulacija. I **prosto nekako uđete u tu mašinu i više ništa nije spontano i više to nekako znate,** sad imate priliku ako je sad ne budete iskoristili vi čekate još mesec dan, a vi hoćete baš sad. I onda to gubi malo i na romantici, postaje opterećenje nego što treba da bude nešto lepo. (Marijana, 31, u prvom postupku)*

Drugim rečima, pored toga što su planovi za budućnost promenjeni usled neplodnosti, menja se i značenje koje se pridaje intimnim odnosima – oni na neko vreme bivaju instrumentalizovani samo za začetak trudnoće. Međutim, tempirani odnosi su tek početak iskustva za učesnice ove studije. Budući da su one sve prolazile kroz vantelesnu oplodnju, podrazumeva se da za njih oni nisu bili uspešni. Postupak se u narednim koracima usložnjava, ima ozbiljnije posledice po svakodnevnicu i funkcionisanje para, a nekada i ozbiljnije posledice po psihološko i fizičko zdravlje žena. U skladu sa time, neki parovi doživeli su i promene u tome kako komuniciraju, suočili su se različitim očekivanjima i bili u situaciji da menjaju svoje dotadašnje navike i prioritete.

*U suštini postoji tu možda malo, da kažem neki mali problem u našoj komunikaciji u jednom periodu. **Primetila sam neko odvajanje, nije odvajanje ali, neki... stoji neki zid tu.** Nismo mi pričali o tome, nego danas sam bila kod lekara, okej, sutra ovo, sutra ono, svako radi što treba ali u suštini nismo iskomunicirali sam problem. Nismo pričali o tome nismo ulazili u suštini i tako dalje. I to je tako prolazilo neko vreme. Ja sam znaš, nekako kad mnogo razmišljamo o tome, nemaš mislim ni potrebu da sad nešto, za nekom intimom u smislu da smo... Znaš malo smo se udaljili nekako u svemu tome. I, kada je to došlo do neke granice da meni nije prijatno, pokrenuli smo temu i u suštini i on i ja baš nismo bili zadovoljni mislim, bili smo i nesrećni i tužni i besni i sve. (Angelina, 30, u prvom postupku)*

Nesrazmeran teret koji podnose žene u postupku vantelesne oplodnje odražava se i na raspodelu emocionalnih resursa. Ženama je ipak potrebno da njihovi partneri na sebe preuzmu ne samo praktičnu ulogu, da ne budu samo prisutni tokom postupka, već i da se aktivno staraju o

ženama. One primećuju da je muška uloga u postupku značajno manja i ovo vodi izvesnoj dozi ljutnje, osećaja nepravde i zameranja.

*Ja imam (partneru) prebacivanja neka, iskreno da ti kažem. (...) Ali na primer sad me je mnogo nerviralo samoživost ta njegova. Njemu je teško i: „Ja ću sad da odem kod drugara da farbamo čamac i pijemo pivo“. A to što ću ja da ležim kući sama u krevetu, da mislim, ko zna o čemu... **E to malo me nerviralo. Opet s druge strane ja njega razumem... U stvari ga ne razumem! Kao treba i njemu, i njemu je teško. Šta je njemu teško? Da prostiš, njegov jedini posao je da ode u „onu“ sobu... Jedini posao.** (Saša, 40, nakon dve vantelesne oplodnje i dva krioembriotransfera)*

***Njemu je život tekao dosta. Zaista je drugačije, on ima dete, nema taj osećaj tog, takvog, tolikog tugovanja. Nekako, ne može on to da isprati na taj način. Mnogo je velika razlika.** (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka).*

Iako se životne pozicije ove dve učesnice razlikuju i Azrin partner ima već dete iz prethodnog braka, njih dve se slažu kada je reč o svakodnevnicima njihovih partnera. Život muškog partnera nastavlja da teče praktično nepromenjen, ne samo u telesnom, već i u socijalnom smislu. U skladu sa njihovom socijalnom pozicijom i kvalitetima njihovih partnerstava, žene su manje ili više otvoreno komunicirale sa svojim partnerima da ove promene u odnosu primećuju. Međutim, vidljiv je utisak žena da njihovi partneri neretko svoje emocije skrivaju, pokazuju odloženo ili ih uopšte ne komuniciraju. U tim situacijama, zadatak žena je da emocije partnera prepoznaju i tumače.

***On sve to jako emotivno doživljava, al' ti to na njemu ne možeš da vidiš. Gde sam ja tek posle više od godinu i po dana skontala da on ima neku emociju vezanu za to, kad je postao jako besan.** (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*Onda to, kad nije uspelo, onda posle 15 dana, onda kreće njegov bes. **Mislim bes, koji je odraz tuge.** “Kako to nije uspelo, kako ti ništa ne kažu što nije uspelo, pukneš tolike pare...” (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

*I ovaj, onako, moj muž je onako vrlo, teško ispoljava svoje emocije. **On onako više pokazuje nego što to rečima govori.** (Irena, 37, u petom postupku)*

Drugim rečima, žene posmatraju svoje partnere i na osnovu njihovih, nekad nesrazmernih ili neprimerenih reakcija zaključuju o tome kako se osećaju povodom postupka ili povodom neplodnosti. Sa jedne strane, budući da žene prolaze kroz postupke vantelesne oplodnje u praktičnom smislu, može se pretpostaviti da njihovi muški partneri zaista ne pronalaze dovoljno vremena i prostora da svoje emocije pokažu. Sa druge strane, ovakav obrazac može imati veze i sa time kakva vrsta ispoljavanja emocija je kulturološki prihvatljiva za muškarce u našem okruženju. Žene u uzorku su uglavnom govorile o prikrivanju emocija ili o izražavanju nervoze, netrpeljivosti i ljutnje, vrlo retko o otvorenom izražavanju tuge i razočaranja kod svojih partnera.

Poslednji aspekt komunikacije koji je pogođen ovim iskustvom je već pomenuto „pomaganje pomagačima“, odnosno odgovornost koju žene preuzimaju za (nekad samo pretpostavljene) emocije svojih partnera. Muški partneri sa teškoćom komuniciraju svoje emocije, a njihove partnerke okolišaju oko njihovih osećanja, sa namerom da ih ne povrede.

*Moj muž je gojazan i na primer kod njega primećujem da on odbija činjenicu da je možda gojaznost uzrok njegovom da kažem smanjenom broju spermatozoida, smanjenoj pokretljivosti. Za njega to vidim da on to doživljava kao neki udarac na ego možda, **ali ja ne umem na primer da priđem tom problemu da to sa njim... regulišem.** Tako da ga puštam da*

on u suštini sam to prevaziđe jer ne umem drugačije. Da ne izazovem suprotnu reakciju. (Angelina, 30, u prvom postupku)

Iz ovog iskustva vidljivo je da žene odgovornost za emocije svog partnera preuzimaju na samom početku iskustva. Nekada svesno i sa namerom da svoje partnere poštede emocija koje i same osećaju, one prilagođavaju način komunikacije.

*Prve emocije sam ja. Mislim, **ja bih njemu, malo i upakuješ, malo okreneš kad se ti osvestiš.** Prosto zaista ovde žena sve trpi. (Iva, 32, u trećem postupku)*

Žene brinu za osećanja svojih partnera i od njih ne očekuju da na sebe preuzmu podjednak teret. Čak i kada osećaju da je nesrazmerna količina pritiska na njima, to uglavnom prihvataju i nose se sa time najbolje što mogu. Ipak, i u literaturi, kao i u ovoj studiji, prisutna je perspektiva da izazov kakav je vantelesna oplodnja, doprinosi snazi partnerstva (Franklin, 2002, Holter, et al, 2006). Kao prepreka na koju su zajedno naišli i koju će zajedno prevazići, vantelesna oplodnja u nekim situacijama zbližava partnere.

***Samo se učvrstilo (partnerstvo).** Ja sam pozitivna, a on je... (..) On uvek gleda neku tamniju stranu, ja svetliju. **Ali da je podrška, jeste. To u svemu.** Znači ne samo kao partner nego i kao prijatelj i mojoj porodici i mom bratu i mojoj sestri. Tako da. Sve pozitivno, najpozitivnije. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

***Mnogo brine o meni, razmazio me, presavršen je, titra me, mazi me pazi me, baš nekad.** Naravno ima trenutaka kada on na primer, vidim ga, na primer posle inseminacija, da bude negativno, da on klone, onda ja tu nekako budem jaka. **Nekako se nadopunjujemo.** Onda kad ja klonem on je tu, kaže hajde u bioskop, nema, idemo da kupimo tebi nešto. I što se svega toga tiče bilo je super. (Mitra, 29 u trećem postupku)*

Najznačajnija uloga partnera je emocionalna dostupnost i legitimizovanje kompleksnih osećanja koja njihova partnerka u tom trenutku ima. Njihova uloga je da se tokom posebno izazovnih aspekata iskustva pobrinu za svoje partnerke, u praktičnom i emocionalnom smislu. Istovremeno, partneri su verovatno najznačajniji faktor u ublažavanju pritiska koji žena oseća za osnivanje porodice.

*Međutim tu noć moj suprug je rekao rečenicu zbog koje mislim, **i da ne znam koji problem imamo, smatram u potomstvu da bi zajedno mogli da izguramo.** To je da, iako ne mogu da imam decu (...) usvojićemo. I iskreno da ti kažem, ja možda malo drugačije ceo postupak shvatam baš zbog toga što znam što zadnja opcija može da mi bude da usvojim. (Iva, 32, u trećem postupku)*

***Posle ovog krioembriotransfera ja sam htela da odustanem od nas, iskreno, zato što, sam ja njemu rekla u tom trenutku.** Vidi, ako ja ne budem mogla da imam dete, ja ću tebe da ostavim". "Zašto bi me ostavila, zašto bi to uradila?". "Zato što ja želim da ti imaš svoj život. Ja ne znam da li ćeš ti meni za deset godina da kažeš da me kriviš zašto nismo zašto jesmo". "Vidi, ti stvarno, mi smo 12 godina zajedno i stvarno da skapiraš ko sam ja... Imamo, ne imamo, posvetićemo se nečem drugom. Guramo, tu sam uz tebe". (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

Međutim, budući da lečenje nekada dugo traje i sa sobom nosi različite vrste intervencija i ishoda, partnerstvo bar u nekoj meri trpi i menja se u skladu sa okolnostima. Kada vantelesna oplodnja dovede do zdravstvenih komplikacija ili životnih opasnosti, prioriteti se menjaju u nekoj meri, ili se bar iznova razmatraju. U literaturi je prisutan nalaz da su muški partneri skloniji

preispitivanju ulaska, odnosno, nastavka sa vantelesnom oplodnjom, naročito kada dolazi do negativnih zdravstvenih posledica (Lemmens et al., 2004, Schaller et al., 2016).

*Besno, ne znam, plaćući, on u jednoj sobi ja u drugoj, prvi put u 6 godina (kroz suze). To je trajalo par sati dok se nismo smirili i popričali i sve to ali teško, meni teško. I bilo je "ja ne želim decu ako nema tebe i meni si bitna ti i šta će mi deca ako nemam tebe", nemam pojma ni ja. **Bolje da nikad nema decu a ne ja da proživljam sve ovo. Ne može da gleda da ja to sebi radim** i eto takve stvari. I ja kao "pa šta"! "Mogla si da umreš" kao... "Pa šta! Nisam!" I tako, ništa, to je to posle smo popričali smirili se, zajedno kroz to prošli i to je to. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Iz ovog iskustva vidi se velika razlika u načinu na koji dvoje partnera pristupa lečenju neplodnosti – kao životnom prioritetu ili kao potencijalno ugrožavajućem postupku koji nije neophodan da bi se partnerstvo očuvalo. Za razliku od podataka iz literature i upravo razmatranih slučajeva iz ovog istraživanja, do ovih razlika ne mora da dođe nužno jer žena insistira na ponovnom ulasku u vantelesnu oplodnju (v. Schaller et al., 2016). Štaviše, u uzorku je bilo slučajeva kada je baš muški partner preispitivao svrsishodnost odnosa bez dece³⁴, i slučajeva gde je žena preispitivala svoje partnerstvo jer nije želela da uđe u nove postupke³⁵. U odeljku *Neplodnost i identitet* bilo je govora o promišljanju partnerstva bez dece. Svakako treba podvući da do razlike u očekivanjima i prioritetima između partnera može doći i to neretko, te da ona može vršiti pritisak na kvalitet i održivost partnerstva.

Partneri imaju nesumnjiv značaj za žene tokom suočavanja sa neplodnošću i samog postupka vantelesne oplodnje – imaju zadatak da obezbede prostor za odmor i za ispoljavanje emocija žene, kao i da logistički podrže svoje partnerke u postupku u meri u kojoj mogu. Ipak na kraju treba podvući da se od njih maksimalno očekuje pružanje podrške tokom postupka, ali ne i ravnopravno učešće. Ovo očekivanje ne tiče se kvaliteta partnerstva ili konkretnih životnih okolnosti – vantelesna oplodnja i trudnoća su procesi koji se odvijaju na i u ženskom telu. Pored toga, veliki deo postupka odvija se u kliničkom okruženju i, posebno u nekim fazama, značajno menja svakodnevni život i aktivnosti žena, dok muškarci, često jer moraju, nastavljaju sa svojim redovnim aktivnostima. U skladu sa tim, prostor za njihovo učešće je relativno sužen, ali su od nesumnjivog značaja za prevladanje stresa kod žena, za njihov oporavak ali i za održanje kvaliteta partnerstva.

Poslednje poglavlje ove studije posvećeno je karakteristikama medicinskog konteksta i odnosima koji se formiraju sa medicinskim osobljem. Neki od ovih aspekata već su razmatrani ranije – na primer, u kontekstu uloge žena u navigiranju kroz iskustvo, ili u kontekstu tela i neprijatnosti koje u medicinskom kontekstu mogu da se dožive – ali ne na sistematičan i obuhvatan način. U narednom poglavlju fokus će biti na karakteristikama medicinskog okruženja i načinima na koje ono figurira u iskustvima žena, te doprinosi prevladavanju ili, pak, otežava njihovo iskustvo vantelesne oplodnje.

³⁴ Uglavnom, pričao mi je da je razmišljao i da se razidemo i svašta nešto. Da mu je padalo i to na pamet. (Irena, 37, u petom postupku)

³⁵ Ja više naginjem na drugu stranu, stranu rastanka. (Anica, 32, nakon prvog postupka)

5. Medicinski kontekst u iskustvu vantelesne oplodnje

Medicinski kontekst značajno figurira u iskustvima vantelesne oplodnje. Budući da se postupak odvija kroz biomedicinske tehnologije, da je uređen medicinskim znanjima i da se neke faze postupka odvijaju na klinikama, razmatranje ovog konteksta je od velikog značaja za razumevanje čitavog iskustva.

Aspekti iskustva koji se odvijaju direktno u medicinskom okruženju odnosno na klinici su svi pregledi i analize koji prethode ulasku u vantelesnu oplodnju, početak stimulisanog postupka (a nekad i kompletna hormonalna terapija), aspiracija jajnih ćelija, embriotransfer i ultrazvuk na kraju celog postupka. Ipak, uzevši u obzir nepredvidivost celog iskustva, na klinikama se događaju i hitne operacije i hospitalizacije usled hiperstimulacije – odnosno, medicinsko okruženje postaje značajno i u neočekivanim situacijama. Vantelesna oplodnja je medicinska procedura koju vode lekari, i to obično jedan lekar osim kada uslovi na klinici to ne dozvoljavaju. Dakle, vantelesna oplodnja je postupak lečenja neplodnosti, ona je uređena medicinskim procedurama i o njenom toku procenjuju osobe zaposlene na klinikama uz pomoć tehnologije namenjene toj svrsi. Ovo poglavlje biće organizovano u dva dela – prvi će se baviti karakteristikama medicinskog konteksta sa kojim se žene susreću tokom lečenja neplodnosti odnosno sistemskim faktorima koji otežavaju ili, u nekim situacijama olakšavaju iskustvo; drugi deo posvećen je odnosu sa lekarima, kako stručnost lekara figurira u iskustvu žena, kako se gradi i gubi poverenje u lekare i kakva je njihova uloga u informisanju žena.

5a. Karakteristike medicinskog konteksta tokom postupka vantelesne oplodnje

Žene su u dodiru sa nekim nivoom zdravstvene zaštite od samog početka iskustva, odnosno od prvog suočavanja sa neplodnošću. One prolaze kroz različite zdravstvene sisteme – od domova zdravlja na lokalnu, preko laboratorija putem kojih prikupljaju nalaze, do klinika za vantelesnu oplodnju. Karakteristike svake od ovih ustanova i njihove prakse oblikuju iskustvo žena. Ono što je zajedničko većini žena je da su se, bar u nekoj fazi iskustva, suočile sa frustracijom i razočaranjem u zdravstveni sistem.

Treba istaći da su ove frustracije i razočaranja karakteristična za žene koje dolaze iz različitih mesta u Srbiji i govore o nedostatku sistemskog pristupanja lečenju neplodnosti. Da bi se u potpunosti razumele karakteristike medicinskog konteksta, razmatranjima iz ovog odeljka treba dodati i razmatranja o uspostavljanju „veze“, iz odeljka *Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu*, kao i razmatranja u vezi sa prikupljanjem laboratorijskih nalaza za komisiju, takođe naročito komplikovana za žene koje ih prikupljaju u državnim ustanovama, opisana u odeljku *Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju*.

Na ovom mestu će najpre biti analizirani sistemski nedostaci koji ženama otežavaju iskustvo pripreme za vantelesnu oplodnju. Jedan od problema koji su istakle žene sa juga Srbije je nedostatak materijala za rad (u ranijim odeljcima pomenut je nedostatak reagenasa za ženske hormone). Tu prepreku svojim aktivnim angažovanjem žene najčešće uspevaju da prenebregnu, birajući da neke analize urade u privatnim ustanovama. Ukratko, žene primećuju da javni sistemi nisu uređeni po njihovim potrebama, da one kroz njih lutaju, gube vreme i trpe neprijatnosti koje možda u privatnom sistemu ne bi trpele.

Džabe, kad on, kad ti nemaš gazu. Ja sam vadila hormone, pošto vadim na mesec i po dana hormone za vantelesnu, ona nema vatu nego mi kaže: „Stavi ovako prst“. (...) Ja sa prljavim rukama, gde sam prošla celu zgradu i otvarala vrata i sve, ja držim ovako na krvavom mestu (...) Zato im i ne uspevaju vantelesne, ne zato što nisu dobri doktori nego zato što ti, tebi

država nije ništa obezbedila da tebi to uspe. I tako da ovde mi ne pada na pamet da idem. (Mitra, 29, u trećem postupku)

U uslovima nedostatka materijala za rad, dolazi i do sprovođenja procedura (hirurškog zahvata) na način koji nije dogovoren (na koji pacijentkinja nije pristala). U jednoj situaciji, usled nedostatka odgovarajuće aparature, medicinsko osoblje mora da donese odluku o daljim koracima hirurškog zahvata, uz smanjene resurse i bez učešća pacijentkinja.

*(Operacija) je trebalo da bude laparoskopska, da me sa dve rupe i jednim nožem i jednim ne znam šipkicom izvuku taj tumor i to bude kraj. Tako nije bilo - nešto je krenulo po zlu. Kasnije smo saznali da to što je krenulo po zlu, da u našem kliničkom centru na klinici za ginekologiju nema dovoljno endoskopskih noževa i oni ih pozajmljuju sa drugih klinika. A kad druga klinika ima svoju endoskopsku operaciju, oni prosto ne daju nož a oni su zakazali za taj dan više operacija nego što su imali noževa, ja sam bila treća na redu i **prosto nije bilo noža**, pošto su me uspavali, oni nisu mogli da me probude, nego, su nastavili onako kako su mislili da treba. (Monika, 39, u petom postupku)*

Sistemske nedostaci opisani ovde su karakteristika državnih sistema i najverovatnije se tiču i drugih kategorija pacijenata i pacijentkinja. Oni otežavaju iskustvo time što ga usporavaju, čine bolnijim ili tako što žene stavljaju u rizik od komplikacija (na primer, od infekcije). Takva iskustva su, bar zasnovano na uzorku žena ispitivanih ovde, uglavnom karakteristična za mesta izvan Beograda. Takođe, treba naglasiti da se nedostatak materijala, na primer, reagenasa, ili aparature za sprovođenje hirurške intervencije, ne tiču se direktno postupka vantelesne oplodnje. Sam postupak finansira RFZO ili ih samostalno finansiraju žene, stoga su ovakve vrste problema više karakteristične za pripremu za postupak ili za druge, prateće postupke lečenja.

Međutim, i mesta na kojima se sprovodi vantelesna oplodnja pate od nekih nedostataka koji će u nastavku biti analizirani. Mnogim kliničkim sistemima je zajednička opterećenost brojem pacijentkinja što ima posledice po tok i izgled postupka vantelesne oplodnje. Žene primećuju da je sistem preopterećen ili da lekar ima mnogo pacijentkinja i osećaju da to ide na štetu nege koja se njima pruža.

*Što su više na glasu to se teže dolazi do njih. Ja sam tada shvatila, **mi smo njima kao broj**, kao na traci. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

*Mi smo tu obavili razgovor i taj razgovor je bio tako nekako napet. Trajao je dugo, jer smo mi imali pitanja. A mislim, a to je jasno pokazivalo nervozu i doktora i sestre koja je stajala tu pored. Kad smo izašli hodnik je bio krcat ljudima. Onda smo mi shvatili da smo mi odužili tih 15-20 minuta (...) To je bio šok, **da je to jedna mašina. Ti si ograničen na 15-20 minuta.** (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

*Na (klinici) je tolika gužva. Ja dok se skidam, oni objašnjavaju. Ja dok se oblačim, oni objašnjavaju i ja sad **kad bih nešto i da pitam, vreme moje je isteklo.** (...) Onda vi tamo kad uđete, to je kao odmor u školi. **Nas mnogo i ne znamo kud udaramo.** (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Opterećenost ustanova je vidljiva gotovo svakoj učesnici, pa čak i onima koje samostalno finansiraju svoje postupke vantelesne oplodnje. Kapaciteti naše zemlje da zbrine pacijentkinje na lečenju neplodnosti su sve veći i o tome je već bilo reči – u 2025. godini čak 23 različite klinike u Srbiji obavlja vantelesnu oplodnju. Međutim, utisci žena su da je i opterećenost je veća, bez obzira na kapacitete koji se dve cele decenije samo uvećavaju. Drugim rečima, kapaciteti ne prate potrebe pacijentkinja podjednako brzinom.

Jedno je sasvim izvesno – na odeljenjima i klinikama za vantelesnu oplodnju je “velika gužva”. To se može objasniti normalizacijom ovog postupka i lakom pribegavanju vantelesnoj oplodnji kao adekvatnom rešenju. O tome da li i u kojoj meri potrebe za lečenjem neplodnosti zapravo rastu na ovom mestu neće biti reči, ali se podatak o sve većem broju klinika svake godine može uzeti kao indikator upravo toga. Novi potpisani ugovori sa RFZO-om ne pokazuju neki trend decentralizacije, većina klinika se nalazi u Beogradu. Drugim rečima, ovo nije pokazatelj namere da se klinike učine dostupnim ženama iz cele Srbije, već najverovatnije rastućih potreba³⁶.

Jedna od već pomenutih karakteristika kliničkog okruženja je da se u njemu leče žene, odnosno da se njihovi partneri sistemski isključuju. Ovo se u kliničkom okruženju opravdava na različite načine – nemogućnošću da se održi higijena i spreči zaraza ili da se sačuva privatnost drugih žena. Iako su ovi razlozi značajni, oni oslikavaju nepripremljenost naših ustanova, čak i u privatnom sektoru, da prihvate da su reproduktivni zadaci zajednički za par, te da ustanovu urede u skladu sa time³⁷.

*Pošto isto nam, na primer kod profesora (prezime) **nisu ni jednog trenutka dozvolili da on (partner) uđe sa mnom na pregled.** Tu je striktno ne može - zato što znate jer ovde, čak mi je sestra izgovorila jednu glupu rečenicu: “Znate, ovde se pregledaju žene”. Ja kažem, neće on da legne na sto, on će da sedne pored mene. (Hana, 38, u trećem postupku).*

*I natpis na vratima ovaliki – „**Nema pratnje!**“. (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Treba istaći da su se neka od iskustava koja su žene delile dogodila tokom pandemije virusa Kovida-19 i da su iz njihove perspektive štetne prakse isključivanja partnera ostale kao zaostavština tog vremena. Ovo je samo još jedan podsetnik da se partneri vide kao pratnja svojim partnerkama i da nisu prioritet, ni oni ni podrška koju bi ženama mogli da pruže. Međutim, osim pandemije, hronična preopterećenost brojem pacijentkinja je očigledan faktor koji ometa veće uključivanje partnera u postupke vantelesne oplodnje. Žene same prepoznaju preopterećenost kao problem, između ostalog jer u praktičnom smislu nema prostora za partnere.

*Muškaraca vidiš kada dođe da, mislim samo kada dođu da potpišu recimo za transfer ili nešto. **To su te retke prilike kada ih uopšte vidiš tamo.** Što je okej, na kraju krajeva. Jer bi bilo, bio bi gužvanjac, i bilo bi bezveze. (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

Karakteristike zdravstvenog sistema u kojem lekari gotovo po pravilu imaju više zaduženja, obavljaju poslove u zdravstvenim i naučnim institucijama, ili rade i u privatnoj praksi, su ženama dobro poznate, i one su na to manje ili više pripremljene.

*Mislim da je (lekar) samo jako socijalno anksiozan, i da **verovatno ima jako mnogo pacijenata**, pa onda, ovaj, onda on se tu preterano ne bavi... k'o na traci. (Andrea, 33, u prvom postupku)*

*Ta žena je i profesor univerzitetski na fakultetu, ima i seminare, stalno se usavršava, vidim i pratim je, **stalno negde putuje i usavršava se i tako dalje, tako da, možda je to.** Ali kažem, možda je fer pozvati pacijenta i reći. **Ona je bila samo na prvom tom sastanku našem,***

³⁶ Put novca od RFZO-a do klinika nije predmet ovog rada, ali treba ga bar spomenuti. Klinike, da bi potpisale ugovor sa RFZO-om, moraju da ispune neke kadrovske i materijalne uslove, dok nije jasno da li se planski svake godine odvajaju sve više novca za postupke vantelesne oplodnje i kakvu ulogu RFZO ima u tome gde će se te klinike nalaziti.

³⁷ Slično je i sa pratnjom na porođaju, što je već bilo pomenuto (Tuvčić, 2024).

konsultacijama. Možda je fer reći: „E, sledećeg puta ja neću doći”, na primer. Jer ne bih se ja bunila. (Jovana, 36, u drugom postupku)

Iako su žene svesne svih okolnosti koje su do preopterećenosti ustanova zdravstvene zaštite, a samim tim i lekara dovele, to ne znači da u tom kontekstu ne insistiraju na pažnji koju zaslužuju.

*Ja razumem što je (doktor) besan, ima hiljadu i petsto pacijenata. Iz dva razloga - radi na privatnoj klinici, to je njegov izbor da danas uzme milijardu hiljada milijardi. Ili radi u državno i ne može da odbije. Njegova je smena danas od toliko do toliko i on mora da primi i tuđeg i svog pacijenta i da porodi ženu i da pogleda ctg i sve. **Ja nisam kriva što je sistem u državi sranje.** (Monika, 39, u petom postupku)*

Opterećenost ustanova se odražava i na posvećenost pojedinačnih lekara ili dužinu vremena koje provode sa pacijentkinjama. Suština je da preopterećenost brojem pacijentkinja direktno smanjuje vreme koje se može posvetiti jednoj pacijentkinji. Vrlo je česta metafora pokretne trake – žene se osećaju da nema vremena, a ni volje da se njihove potrebe saslušaju i uvažavaju. Ovo se, nažalost, odnosi i na kvalitet medicinske nege, ali i na uvažavanje psiholoških potreba žena. Iz narednog iskustva vidljiva je briga da ograničeno vreme koje se poklanja pacijentkinji može naštetiti njenom zdravlju, odnosno da ono nije dovoljno da se njeni zdravstveni problemi adekvatno sagledaju.

*Tretman njihov je bio zadovoljavajući, što se tiče prijema i svega, ali još uvek ne nekako potpuno. Kao da ne postoji dovoljno, dovoljan neki pristup. Osećam kao da smo na nekoj proizvodnoj traci i da sve to ide linijski, **da se to sve odradi i završi**, da bi se naplatile pare of fonda. (Maša, 43, u petom postupku)*

Usled ovih okolnosti, žene tragaju za dostupnim i responzivnim lekarima, o čemu će biti reči u narednom odeljku. Preopterećenost sistema, naročito kada je reč o državnim kliničkim centrima (na osnovu ovog uzorka npr. Kragujevac i Niš) ili ginekološko-akušerskim klinikama (npr. Narodni Front iz Beograda), može voditi i dodatnim negativnim posledicama po iskustvo vantelesne oplodnje. Jedna posebna posledica, iako nije česta, vredna je pomena. Marijana je usled hiperstimulacije morala da bude smeštena u bolnicu, a budući da je održavala trudnoću, smestili su je na odeljenje sa ženama u poodmaklim trudnoćama sa komplikacijama. Marijana je u tom trenutku bila na početku zdrave trudnoće, a na odeljenju je ležala kako bi se umirile posledice hiperstimulacije. Njeno iskustvo je naročito bolna ilustracija problema nedovoljnog prostora i vremena koje bi pružaoci zdravstvene nege trebalo da imaju za svaku pacijentkinju.

One sa trudnoće spuste pet trudnica u poodmaklim trudnoćama kojima su se ugušile bebe, jer su bile sa anomalijama, i onda im uključe indukciju i onda ih tu maltene dovode do porođaja. (...) Ja sam tamo bila jedina žena koja je iz nekog drugog razloga bila tu a, da nije kao problem sa trudnoćom u tom smislu, da je sa bebom bilo sve u redu. I one vrište, mislim ja to razumem naravno, kaos je i žena koja se porađa koja je... Poprilično teško, a naročito...I onda znači bukvalno ja sam toliki stres tamo doživela, sa tih pet žena, njihovi porođaji su krenuli oko 5-6 popodne i trajali su do 3 noću. Ja sam znači... Vrište one to se ceo sprat trese, ti ne možeš da zatvoriš vrata, ni slušalice u ušima ne pomažu. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Ovakav događaj je moguć samo u velikom zdravstvenom sistemu gde ima više odeljenja i gde je velika cirkulacija različitih pacijentkinja³⁸. Kao što je bilo pomenuto u odeljku *Emocionalni vrtlog – ciklus nade i očaja*, prisustvo drugih pacijentkinja sa sličnim problemima i u sličnim fazama je štaviše rasterećujuće i normalizuje čitavo iskustvo. Međutim, nedovoljno fizičkog prostora, a ponekad i nedovoljno osoblja, kao i spajanje različitih kategorija pacijentkinja bez obraćanja pažnje na specifičnosti njihovih stanja i potreba, dovodi i do ovakvih ekstremnih iskustava. Treba podsetiti na ispovest žene iz našeg okruženja, koja je, nakon indukovanoeg porođaja, u toaletu porodilišta, sama pobacila plod star 13 nedelja (Vučićević, 2022). Ovaj događaj ukazuje na vrlo sličnu sliku državnih ginekološko-akušerskih klinika – gde pacijentkinje u različitim fazama trudnoće i porođaja, ili sa različitim zdravstvenim problemima, dele prostor, bez adekvatne uključenosti osoblja. To nije zajedničko baš svim državnim sistemima, ali neki jesu više opterećeni i zapostavljeni u odnosu na druge³⁹.

Treba izdvojiti propuste, odnosno greške u prepisivanju ili administriranju terapije, kao posebnu posledicu zanemarivanja u kliničkom kontekstu, za koje se može pretpostaviti da takođe jednim delom nastaju usled preopterećenosti sistema, takođe u državnim sistemima.

Tu smo opet ispravljali otpusnu listu jer je kucala neka doktorka sa nekog drugog odeljenja, a ja znam napamet šta treba da pijem posle transfera. Pa smo onda vraćali na ispravku jer je zaboravila utrogestan, zaboravila progesteron, ne znam još nešto je bilo pogrešno. (Iva, 32, u trećem postupku)

Propust sa pogrešnom terapijom se dogodio i Angelini, ali je ostao nezapažen sve do njenog ranog gubitka trudnoće. Ona nije imala priliku da na njega reaguje (i ispravi ga), najviše zato što kao osoba koja prolazi prvi put kroz vantelesnu oplodnju nema izgrađena očekivanja u vezi sa time koliko dugo se uzima koja vrsta terapije.

Sutradan smo se čule, međutim, ja sam u međuvremenu prokrvarila tako da mi je bilo jasno da je to kraj. S tim što njena reakcija je bila: „Nastavi ti sa utrogestanom a ja ću da se čujem sa doktorom”. I ja sam bila... Ja sam rekla: “Ali ja ne stavljam utrogestan!” I ona kao “Kako, zašto?!” Tačno se videla njena začuđenost u tom trenutku. I ovaj ja sam joj rekla da u suštini meni u ovaj, na otpusnoj listi pisalo samo 7 dana terapije. Gde je ona bila zatečena. (Angelina, 30, u prvom postupku)

U ovom iskustvu vidi se kako je klinički sistem izneverio poverenje koje mu je pruženo. Kada je reč o vrsti i dozama terapije, žene se moraju osloniti na procene lekara, osim ako nisu već prošle kroz vantelesnu oplodnju i naučile da prepoznaju šta je standardna terapija. Opisani problemi se ne tiču samo žena u vantelesnoj oplodnji, i najverovatnije su zajednički za sve koji kroz državni

³⁸ Kada je reč o vantelesnoj oplodnji, privatne bolnice, bar one na listi RFZO-a su za to specijalizovane. Državni sistemi, sa druge strane, zbrinjavaju veliki broj različitih pacijenata i pacijentkinja. Čak i ginekološko-akušerske klinike, poput Narodnog Fronta, pod jednim krovom imaju trudnice, porodilje, žene u vantelesnoj oplodnji i žene sa reproduktivnim oboljenjima.

³⁹ Podaci ove studije su zasnovani na malom uzorku žena, ograničenom po veličini i po pitanju socioekonomskog statusa učesnica. To otežava generalizaciju zaključaka o karakteristikama bilo koje specifične ustanove, međutim, u iskustvima učesnica se izdvaja Klinički centar u Nišu kao mesto gde nema dovoljno materijala i prostora za zbrinjavanje pacijentkinja a istovremeno kao mesto gde se dogodio i propust u prepisanoj terapiji. Treba istaći da su i u ispitivanju iskustva na porođaju pronađene razlike među porodilištima, i to da se u većim sistemima sprovodi veći broj intervencija na porođaju koje vode negativnijim iskustvima žena (Stanković et al., 2017). Drugim rečima, Klinički centar u Nišu verovatno je primer jednog takvog velikog sistema sa nedovoljno resursa da izađe na kraj sa potrebama velikog broja pacijentkinja.

zdravstveni sistem prolaze (i nezavisno od pitanja reproduktivnog zdravlja). Ono što možda jeste specifično za iskustva žena koje prolaze kroz lečenje neplodnosti je ono što žene vide kao nedostatak poštovanja i personalizovane nege.

Bilo je toliko napeto u samoj čekaonici da ne znam, meni je bio baš osećaj grozan. Prvo se čeka na prizemlju pa te onda kad treba da te primi lekar, popenješ se na sprat gde se već presvučeš u bade mantil, i u bade mantilu onako čekaš, gde nas četiri-pet žena u bade mantilu čekamo u hodniku da prozove i čim uđemo skidamo bade mantil i spremne smo za pregled. Ali ta atmosfera u čekaonici je meni bila baš strašna. Jer ja sam se obratila jednoj devojci i pitala: „Kako si zadovoljna ovom doktorkom, je l' ideš dugo kod nje?“. Ona bukvalno nije smela da mi odgovori na pitanje nego se sve vreme okretala, da li je neko čuje, da li će neko nešto da kaže, tako da mi je bilo užasno napeto na toj na primer klinici. (Irena, 37, u petom postupku)

*To poštovanje, jedna medicinska sestra koja ide sa deset žena koje su u bademantilu, **šeta ih sa jedne strane hodnika na drugu stranu.** To je za mene nepoštovanje. Možda za nekoga nije, ali u mojoj glavi jeste. **I taj strah koji sam videla i kod drugih i kod sebe.** Bukvalno se vidi taj strah u očima. Ne znam da li ste bili tamo, piše sterilitet i tu čekaju žene. (Kristina, 36, u trećem postupku)*

Prethodna dva iskustva ilustruju nemoć i strah koji žene osećaju kada se nalaze u velikim sistemima. Lišene izbora i izložene standardizovanoj nezi, one osećaju da su svedene na „broj“ i da njihove individualne psihološke potrebe neće biti uzete u razmatranje. Ovakva ili slična iskustva bila su vrlo značajan povod za odluku žena da promene kliniku i da se prebace na kliniku u privatnom sektoru. Obe učesnice su se povukle sa državne klinike čiji tretman su u prethodnim iskustvima opisale i odlučile da potraže drugu vrstu klinike. Dakle, ne radi se o nedostatku percipirane stručnosti ili brizi da neće dobiti odgovarajuću negu (mada, to jeste bilo iskustvo nekih žena), radi se o tretmanu koji ne uvažava delikatnu poziciju u kojoj se žene nalaze i koji je u praktičnom smislu čak i ponižavajuć.

***Ja sam toliko ogorčena na ove ovde ginekologe, da možda ja i preterujem. (...) Ne mislim ni ja da je mene neko upropastio u tom smislu. Ali sam taj odnos prema pacijentu, znaš... Kad ti odeš u ordinaciju, i umesto da dobiješ “dobar dan, kako ste?”, ti dobiješ „Ajde skidaj se, diži noge!” Mislim izvini, ali to stvarno nije prijatno.** (Sara, 36, u prvom postupku)*

*Jezivo da ja moram da nekoga vučem za rukav da bi mi odgovorio na pitanje. **Ne osetim da je zdravlje žene tu bitno.** Okej, treba ja sutra da budem majka, tom detetu, luda ne trebam nikome. Ne treba ja sutra posledice da ostavljam na to dete **zato što meni neko nije pružio odgovarajući tretman.** (Dunja, 32, u trećem postupku)*

Kada imaju priliku, žene će izbeći velike zdravstvene sisteme. Čak i kada im to nije bila prvobitna namera, iskustvo će ih na to naterati. U uzorku žena u ovoj studiji, u kliničke centre išle su samo žene iz Kragujevca i Niša. Žene iz Beograda, Novog Sada i okoline, iako imaju naravno dostupne kliničke centre u kojima se obavlja vantelesna oplodnja, nekad odmah a nekad i nakon negativnog iskustva u državnom sistemu, na kraju uvek⁴⁰ izaberu privatne klinike. Međutim, privatne klinike nisu bez mana, opterećenost brojem pacijentkinja i u nekim slučajevima

⁴⁰ Žene iz ove studije su u dva slučaja „pokušale“ sa lečenjem u državnoj ustanovi u Beogradu i razočarane negom, promenile su kliniku i prešle u privatnu ustanovu. Preostale žene koje su se lečile u državnim ustanovama su iz Niša i Kragujevca, gde u trenutku terena, nije bilo privatnih klinika za vantelesnu oplodnju, bar ne na listi RFZO-a.

zanemarivanje njihovih, naročito psiholoških, potreba događaju se u svim vrstama ustanova. Dva iskustva u nastavku su iskustva učesnica koje su vantelesnu oplodnju obavljale na privatnim klinikama u Beogradu.

Meni nije bila potrebna pažnja tamo gde mi je jesu pružali, ali ono nakon aspiracije i nakon transfera i nakon vesti da nemam ni jedan embrion i da je beta negativna, e tada mi je trebala pažnja, ali je nisam dobila. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)

Tokom tog razgovora sa doktorkom, dok sam ja ležala sa tim kesama, primila sam i transfuziju prvi put u uživotu, to je za osobu, zdravu... I ona se tu meni izvinila i rekla: „Malo sam zasekla, izgleda da vam je to nekakav retrogradni merkur“. Ja sam samo rekla okej. (Anica, 32, nakon hiperstimulacije i operacije).

Neka od najintenzivnijih iskustava su one gde žene prolaze kroz medicinske komplikacije. Ovakva iskustva bila su zajednička za nekoliko učesnica, za neke od njih čak i životno ugrožavajuća, i tu su žene prepoznavale najveću odgovornost klinike. One nisu naišle na pravovremeno i potpuno preuzimanje odgovornosti, a nekad su razmatrale i podizanje tužbe za nesavesno lečenje, i to na privatnim klinikama. Zanemarivanje u kliničkom kontekstu ne tiče se samo uskraćivanja informacija ili kraćeg vremena sa lekarom – zanemarivanje je za neke učesnice značilo ignorisanje njihovih tegoba, odlaganje adekvatne reakcije, i na kraju, odsustvo preuzimanja odgovornosti za ono što je usledilo.

Onda me je zvala doktorka jer je moj muž nju zvao i svašta joj rekao. (...) “Izgleda da sam ja to baš malo secnula, jer da sam mnogo secnula, vi biste odmah iskrvarili, mi bismo odmah to videli”. Ne znam kako bismo videli pošto ja nisam imala nikakav post-pregled. (Anica, 32, u prvom postupku)

Ali kada mi se pojavio taj problem sa povišenim TSH, posle, petog dana transfera, ja sam imala, ne znam, visok pritisak, glavobolje, zamaranje, gušenje, ne znam ni ja. Ja sam kontaktirala njegovu sestru i rekla sam joj, ona kaže kontaktiraću doktora, preneću mu. Naravno niko me nije kontaktirao, niko me nije zvao. (Maša, 43, u petom postupku)

U tim situacijama, žene osećaju da medicinsko osoblje nije uvažilo njihove zdravstvene potrebe, nije ozbiljno shvatilo rizike u koje su žene bile stavljene i na kraju, nije uvažilo individualnost žene i delikatnost pozicije u kojoj se nalaze. Mitra je prošla kroz životno-ugrožavajuće iskustvo višestruke torzije jajnika usled hiperstimulacije. Kada se vratila na istu kliniku i kod iste doktorke zbog ponovnog ulaska u postupak, suočila se sa činjenicom da se doktorka koja je obavljala intervenciju čak i ne seća njene medicinske istorije i posledica hiperstimulacije sa kojima se Mitra suočila. Drugim rečima, Mitra je prošla kroz bolove i strah, ozbiljnu hiruršku intervenciju i višemesečni oporavak, a na klinici nije naišla ni na prepoznavanje svog iskustva, a kamoli na individualizovan tretman ili preuzimanje odgovornosti.

Ne možeš da nas vodiš po traci i da svima daješ isto i da ne znaš sa kim pričaš. To je individualna terapija i nije bezveze tako i moraš da znaš, sve. Meni prošli put kaže: „Odakle ti taj ožiljak?”. Ja kažem “Vi ste me seckali”. Ona ne zna da sam ja imala torziju jajnika i jedva ostala živa, njenom krivicom i pita me odakle ti ožiljak. Znaš to toliko je njoj sve... kao roboti znaš, na traci, to, evo ti kljukaj se, evo ti kljukaj se, evo ti evo ti evo ti. Njima je to tako, tako ih raznose po bolnici posle transfera. (...) Kao u klanici znaš i to se samo tako ide i to ti je to. Tako da eto ne znam šta da radim. Kad uđem, otkad se to desilo... Od kad sam ušla, kao, kako pređem taj prag... Ja sam nasmejana. Kako pređem taj prag iznad mene stoji oblak i udaraju me munje, kunem ti se. (Mitra, 29, u trećem postupku).

Lečenje neplodnosti deo je zdravstvenog sistema u Srbiji, i kao takvo, često se odvija u istim prostorima u kojima se pružaju i druge vrste medicinskih usluga, što znači da nije imuno na probleme koji postoje u celom sistemu, kao što su preopterećenost ili nedostatak materijala za rad. Međutim, neki problemi su specifični za brigu o ženama (neuvažavajuća i depersonalizovana briga), a neki baš za vantelesnu oplodnju (vremenska senzitivnost terapije, blagovremeno uočavanje hiperstimulacije, uvažavanje posebne vrste gubitka). Čak i kada ženama nije jednostavno da artikuliraju svoja očekivanja od kliničkog konteksta, jasno je da u lečenje ne ulaze sa očekivanjem da će biti ignorisane, zanemarivane i da će njihovo zdravlje biti ugroženo. Iako su u postupcima svojom voljom i usmerene na dobijanje deteta, žene ne opravdavaju zanemarivanje i ignorisanje u kliničkom kontekstu.

Međutim, neke žene istakle su i pozitivna iskustva, odnosno klinička okruženja koja su praktično olakšavala prevladavanje stresa.

Uopšte nisam imala osećaj da idem na vantelesnu, osećala sam se kao da idem na kafu kod prijatelja. Uopšte kao da idem u bolnicu, da idem na pregled. (Mina, 31, nakon četiri neuspešna postupka)

Normalizacija iskustva, tretman sa uvažavanjem, personalizovan pristup i dovoljno vremena posvećenog pacijentima smatraju se pozitivnim karakteristikama kliničkog okruženja. U nekim situacijama, ovakav tretman ženama biva čak i iznenađujuć.

Znači ono što smo mi do sada videli, to je spejs-šatl za Srbiji, stvarno. Ne samo kao izgled, koliko je sve novo, i čisto. Nego, sestre koje te dočekuju sa: "Dobar dan, kako ste? Sad ćemo vas ispratiti do ordinacije". Ja danas kažem: "Nema potrebe, već sam bila". "Nema veze, to je naš protokol". Kao: „Mi vas ispratimo do ordinacije“. Znaš kad si već, osećaš se neprijatno, zato što neko pokušava da ti učini situaciju prijatnom. Jer nisi, ja nisam navikla stvarno na to. (Sara, 36, u prvom postupku)

Oba ova pozitivna iskustva dolaze iz privatnih, a malih klinika u Beogradu. Na osnovu svega rečenog, može se pretpostaviti da veliki sistemi pate od preopterećenosti, a usled toga i rizik od zanemarivanja ili greške u okviru velikih sistema postaje veći⁴¹. Kliničko okruženje je značajan aspekt iskustva vantelesne oplodnje i zbog inherentne medikalizovanosti i tehnologizovanosti postupka, nemoguće ga je izbeći. Od adekvatnosti terapije i prepoznavanja zdravstvenih rizika zavisi i zdravlje žene i ishod postupka, a atmosfera na klinici oblikuje čitavo iskustvo žena. Važno je još jednom podvući diskrepancu koja postoji između stalno rastućih kapaciteta za sprovođenje vantelesne oplodnje i tretmana žena na klinikama koji nije samo rutiniziran, već često i direktno zanemarujuć ili ugrožavajuć.

Tokom celog iskustva, žene su u kontaktu sa lekarima od čijeg znanja, upućenosti i dobre volje zavisi kako će ovo iskustvo teći. Sledeći odeljak biće posvećen odnosu sa lekarima, očekivanjima koje žene imaju od njih, uspostavljanju poverenja i adekvatnoj komunikaciji.

⁴¹ Kao što je već napomenuto, slično je i sa porodilištima. U istraživanju iz 2017. godine, na uzorku od 1460 žena utvrđena je veza između veličine porodilišta i učestalosti (ne uvek medicinski opravdanih) intervencija na porođaju (Stanković et al., 2017). Budući da neke od ovih intervencija lekarima skraćuju vreme koje provode sa pacijentkinjom, odnosno vreme za koje ona zauzima krevet u bolnici, ne iznenađuje da opterećeni sistemi i u vantelesnoj oplodnji pate od sličnih nedostataka – rutiniziranog i tehnologizovanog pristupa koji ne uvažava potrebe žena, kako bi se za najkraće vreme zbrinuo najveći broj pacijentkinja.

5b. Odnos sa lekarima – stručnost, poverenje i informisanje

Lekari figuriraju u iskustvima žena već od prvog suočavanja sa neplodnošću, međutim, često ne na pozitivan način. Neke od frustracija koje žene doživljavaju u odnosu sa lekarima već su analizirane u odeljku *Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti*, na primer, kada lekari tretiraju neplodnost na sebi svojstvene načine, ne uvažavajući potrebe žena, ali ni ne uvažavajući uputstva RFZO-a. U ustanovama koje su daleko od centara u kojima se vantelesna oplodnja obavlja, kao i u manjim mestima, žene se susreću sa jednom vrstom neupućenosti i neefikasnosti kada je reč o upućivanju na vantelesnu oplodnju.

Nаш put je bio malo specifičan zato što lekari u (gradu) su napravili par propusta pa s obzirom da su kod nas rezultati bili sve u redu, prvo su trebali da nas šalju na inseminaciju. A mi smo izgubili vreme tako što smo prvo otišli na komisiju i onda nas je komisija odbila, pa nas vratila da prvo moraju inseminaciju. (Hana, 38, u trećem postupku)

I kao: “Nemojte vi da požurujete, nemate još 36, imate još koji mesec do 36. I kao ustalom, bez dve godine pokušavanja kao, nemamo mi šta da razgovaramo.” Već mi je ovo prilično stresno. (Sara, 36, u prvom postupku)

Odgovornost izabranih ginekologa u lokalnom domu zdravlja je velika, budući da od njih direktno zavisi upućivanje na vantelesnu oplodnju i prikupljanje neophodnih analiza. Priprema za komisiju, za žene koje ulaze u postupak prateći uputstva RFZO-a, zahteva mnoštvo pripremnih radnji, a neke od njih su objašnjene u okviru odeljka *Višestruko opterećenje žena – živeti vantelesnu oplodnju*. Saradnja sa izabranim ginekolozima nije uvek jednostavna i žene već na lokalnu prepoznaju neke teškoće u navigiranju kroz sistem.

I onda sam sa tim otišla ponovo kod mog izabranog ginekologa. Drugo, dok sam ga ulovila, ono, zdravstvo u Srbiji stvarno... Ja ne znam da li sam nešto ispljuvala koliko sam zdravstvo u Srbiji u poslednjih nekoliko meseci. Zato što, ovaj, prvo zvala da pitam kao je l' doktor radi. Da bih ja dva ili tri puta poljubila vrata, znači došavši tada kada on navodno radi. Da bi mi rekli da ipak danas nije tu. Znači ja ne mogu da verujem da ja bukvalno sada zovem, i odlazim u Dom zdravlja, i kao... Kog, koga sam ja uopšte dobila, znaš, u tom Domu zdravlja ono. Kada oni ne znaju da im načelnik doma zdravlja nije na poslu. (Sara, 37, u prvom postupku)

Uputstva RFZO-a žene shvataju kao direktnu preporuku – ispunjene uslove za vantelesnu oplodnju ne razmatraju kao jednu od mogućnosti za rešavanje pitanja neplodnosti, već kao “čeklistu” koju treba da ispune kako bi se uklopile u opis idealne kandidatkinje. Iz toga sledi razočaranje odugovlačenjem i nepostupanjem po ovom uputstvu. Međutim, događa se i da lekari, osim što ne postupaju po uputstvu Fonda, ne postupaju ni u skladu sa medicinskim znanjima u oblasti steriliteta.

I, osećam se prevareno od strane lekara. Mislim da je to ključna stvar u celoj ovoj priči. Prvo me je prevario prvi lekar koji me je operisao zato što me je majao jako drugo. On nije lekar koji se bavi sterilitetom. I ne može on da radi inseminaciju kada ja imam neprohodne jajovode (...) Znači zamajao me je sa dve inseminacije. (Monika, 39, u petom postupku)

Da bih ja sada, posle druge vantelesne, dobila informaciju, baš na transferu, da je stavljen akcenat na loš kvalitet jajnih ćelija. Kad vi to saznate nakon godinu i po dana, vi se zapitate šta oni rade. I onda odlazimo kod lekara u (mesto prebivališta) koji kaže da ja imam zavaljenu matericu, koji ne veruje ni u jedan izveštaj iz (klinika), koji dovodi u pitanje njihov HSG, koji smatra da su nama tamo pokrali embrione. Izadeš gluplji nego što si ušao... (Dunja, 32, u trećem postupku)

Još i pre ulaska u vantelesnu oplodnju, odnosi sa lekarima i informacije koje od njih dolaze imaju značajan uticaj na to kako žene vide sebe, svoje stanje i buduće lečenje. Jedan od načina da steknu poverenje u lekara je ukoliko dobiju odgovore na svoja pitanja, što je bilo razmotreno u odeljku *Potreba za razumevanjem – osmišljavanje iskustva neplodnosti*. Lekari koji ozbiljno pristupaju njihovim brigama, a uz to i pružaju objašnjenja za izostanak trudnoće dobijaju poverenje svojih pacijentkinja. Nekad se ipak susreću, kao što je već bilo reči, sa nerazumevanjem uputstava RFZO-a a nekada i sa nerazumevanjem njihovih stanja.

*To je glavni problem, kada ti njima daš papir na kojem piše da imaš endometrioza oni nekako nekim čudnom je odmah vide. **Odmah je vide znači. Pre toga nisu videli ništa.** Ne mogu oni sa takvim dijagnozama. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

U ovom primeru vidi se frustracija i razočaranost lekarima koji onemogućuju prelaz na naredni korak u lečenju, usled nesigurnosti i neupućenosti u endometrioza koju je učesnica u prošlosti imala i operisala. Na tom mestu se prepliću karakteristike ustanova i karakteristike lekara – u ustanovama primarne zdravstvene zaštite ginekolozi nisu subspecijalisti u oblasti steriliteta, u te ustanove, naročito van Beograda i Novog Sada, se manje ulaže po pitanju ljudskih i materijalnih resursa, ti lekari su više opterećeni brojem pacijentkinja⁴². Ukoliko u spletu svih tih okolnosti pojedinačni lekari ne pokažu entuzijazam i posvećenost pacijentkinjama, ženama ne preostaje mnogo izbora osim da same, informisanjem ili promenom okruženja, minimizuju štetu koju potencijalna neupućenost, nekooperativnost i neefikasnost lekara može da nanese.

*Onda sam ja u međuvremenu naravno počela i da čitam **pošto posle nekog vremena izgubiš malo i poverenja u doktora.** Ja pitam je l' treba da uradim ne znam, onaj ogtt sa insulinemijom, da utvrdim da li imam problem sa metabolizmom UH, on kaže: „Ma nee“, da li treba da uradim AMH, on kaže: „Naravno“. (Monika, 39, u petom postupku)*

Ipak, ovo nije univerzalno iskustvo i neke žene su, već na primarnom nivou zdravstvene zaštite, pronašle prostor za izgradnju poverenja u lekare. Uvažavajuća komunikacija koja je direktivna, sa jasnim narednim koracima, ženama uliva poverenje jer u njoj prepoznaju da je i lekarima prioritet pružanje nege a ne zarada novca.

*Ja sam svoju doktorku pitala. Ona je meni kad je prve testove uradila rekla: „Hajde da pogledamo njegov spermogram pa da idemo na folikulometriju“. Pošto su hormoni bili u redu, sve je bilo u redu, ono što je moglo laboratorijski da se odradi, i ultrazvuk znači. **I onda kad je videla spermogram, odustala je od folikulometrije. Rekla je vi imate godine, odmah ... I hvala joj, mogla je pola godine! Pritom sam išla privatno, nisam išla državno.** Mogla je pola godine da me zavlači i uzima mi novac. Ja sam se nekako uhvatila za nju i njoj sam slepo verovala i šta god mi je ona rekla ja sam tako radila. Ja sam je pitala i koja klinika i koji doktor, znači sve onako kako mi je ona rekla, ja sam uradila. (Jovana, 36, u drugom postupku)*

Ipak, u nekim situacijama, žene preuzimaju aktivnu ulogu, informišu se i navigiraju kroz svoje iskustvo, ne samo upravljajući svojim emocijama ili donoseći odluke o društvenom okruženju, već doslovno pitajući se za svoje lečenje, što je pomenuto u odeljku *Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu*. One postaju odgovorne za uočavanje propusta lekara, prinuđene da na svom telu trpe posledice tih propusta, a u nekim situacijama odgovorne i za ispravljanje tih propusta. Naredna dva iskustva govore o zanemarivanju opšteg zdravstvenog stanja žene kada je reč

⁴² Izveštaj FemPlatz-a ukazuje na to da je u Srbiji zaposleno tek nešto preko 500 ginekologa, odnosno da jedan ginekolog brine o o blizu 6000 žena starijih od 15 godina (Beker et al, 2023).

o pripremama za postupak vantelesne. Iako nisu bile opasne po ženu, infekcije o kojima naredne dve učesnice govore odlažu njihov ulazak u vantelesnu oplodnju, čime propada vreme koje su uložile u pripremu za komisiju.

U tom trenutku sam stvarno bila ekstra nezadovoljna odeljenjem i lekarima, u tom konkretnom trenutku koji su to vodili. Na kraju sam ja kod tih lekara radila vantelesnu ali smo malo promenili pristup jer, ti me vratiš kao: "Dođi za 7 dana", a ne kažeš mi: „Ženo idi kod lekara da ti pogleda grlo da ti uključi antibiotik ovih 7 dana“ i ostaviš me sa upalom! Otkud ja to znam, (...). ja da sam htela da sam bavim medicinom upisala bih medicinu. (Iva, 32, u trećem postupku)

Ali, i tu je propust. (...) I na papiru gde je bila toksoplazma, greškom u laboratoriji su mi uradili sifilis. Ja to nisam znala. Prosto nisam gledala. To nije primetila ni moja doktorica, ni drugostepena komisija, ni klinika koja mi je radila vantelesnu, niko. (...) Tako da, eto meni je zasmetalo što niko od doktora nije primetio da ja nemam taj nalaz. (Jovana, 36, u drugom postupku, nakon gubitka ploda u desetoj nedelji)

Iako se kroz celokupno lečenje susreću sa lekarima različitih specijalizacija, najduži, i za žene najvažniji odnos je sa lekarima ginekolozima na klinikama za vantelesnu oplodnju. Ukoliko okolnosti dozvoljavaju da jedan lekar preuzme lečenje, sa njim se formira relativno ličan i u izvesnoj meri dugotrajan odnos. Informacije koje dolaze direktno od tog lekara su značajne i koriste se u daljem razumevanju i upravljanju iskustvom. Lekari su ti koji svojim reakcijama i planiranim koracima oblikuju očekivanja koja žene imaju od postupka. Od njihovog tretmana zavisi poverenje u postupak i sigurnost sa kojom se žene nose sa celim iskustvom. Za razliku od trudnoće i porođaja, gde i bez posredstva medicinskih sredstava i tehnologije žena ima neke informacije iz svog tela o stanju u kojem se nalazi, vantelesna oplodnja se odvija isključivo uz vođstvo i posredovanje medicinske struke, znanja i tehnologije. Ukratko, pojedinačni lekari vode iskustvo vantelesne oplodnje i imaju potencijal da ublaže mane kliničkog konteksta, ali mogu i da naglase prethodno analizirane nedostatke i time otežaju iskustvo.

Kada je reč o samom postupku vantelesne oplodnje, lekari su već utvrđeni stručnjaci, njihova imena su poznata i oni su praktično deo kompetitivnog tržišta. Ženama koje idu na vantelesnu oplodnju preko RFZO-a postupak je besplatan – ali klinike dobijaju novac i reputacija lekara je značajan alat u privlačenju pacijenata. Za neke žene, poverenje u lekare postoji ukoliko su oni javno prisutni ili ako su preporučeni od strane više osoba iz okruženja. Zasluge lekara nisu bez značaja, žene neretko traganju za lekarima koji imaju utvrđenu reputaciju.

Znaš kako, iskreno da ti kažem, koliko sam insistirala na tom profesoru jer sam smatrala da je najbolji i svašta su mi za njega ispričala, najviše iskustva, najduže se time bavi i to. (Hana, 38, u trećem postupku)

Mislim da zna šta radi, jer čovek koji priča pet jezika i završio je četiri fakulteta ili ne znam ni ja šta, i koji je iz porodice lekara, pretpostavljam da bi valjda trebalo nešto da zna. (Andrea, 33, u prvom postupku)

O pokušaju da se pronađu stručni lekari je bilo više reči u odeljku *Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu*, međutim treba istaći da učesnice ove studije uglavnom nemaju medicinsko obrazovanje i da je poverenje u stručnost njihovih lekara vrlo važan preduslov za poverenje u postupak. Stručan lekar nije za sve žene lekar sa izgrađenom reputacijom, jer ako postoji poverenje u zdravstveni sistem generalno, žene nemaju razloga da sumnjaju u stručnost osoba koje su u tom sistemu zaposlene.

Ne treba mi tu ništa da znamo, mi smo s razlogom otišli negde je li... Jer taj neko zna sve o tome, a ti, šta ti vredi da nešto znaš. (Ljubica, 39, u prvom postupku)

Ipak, žene ne izlaze iz postupka sa istim poverenjem u stručnost lekara sa kojim su ušle, i to nije u vezi sa generalnim poverenjem u zdravstveni sistem, reputacijom lekara ili sa ishodom njihovih postupaka. Da bi se to poverenje održalo, ženama je potrebno da im lično iskustvo sa lekarom bude pozitivno. Poverenje se zaslužuje na više načina – kroz pravovremeno i potpuno informisanje, direktnu komunikaciju i utisak o stručnosti.

*To je jako važno u celom tom procesu. Da nije tako, mislim, da možda je to razlog što ljudi odustaju, kada ne dobiju povratne informacije, oni sve analize moraju sami da traže jer, i onda kada kažu, tvoja greška. Kako moja greška, nije moja greška jer ja ne znam. **Ja da znam šta treba da uradim od analiza ja bih uradila vantelesnu sama.** (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

*Ja sad u Beogradu nisam tražila neku pomoć. Jednostavno savet šta mogu da uradim, šta mogu da popijem, za pritisak šta mogu za te otkucaje... Ja da sam lekar... Tako je nekako situacija u našoj državi kao da sam sebi treba da budeš sudija, lekar, policajac, da sve nešto treba sam da radiš i da znaš. **Ja da sve to znam sama, ja nikad ne bih dolazila kod njih.** Ja bih najviše volela da mogu prirodno. (Maša, 43, u petom postupku)*

Značaj informisanja je ranije bio pomenut – informacije smanjuju neizvesnost a samim tim i anksioznost, žene oslobađaju od odgovornosti i krivice i vode ih kroz postupak. Nekađ usled ličnih karakteristika lekara, nekađ usled karakteristika ustanove, lekari nemaju vremena ili im ne dolazi prirodno da informacije pružaju na onaj način na koji je ženama potreban. U skladu sa time, žene pronalaze informacije tamo gde ih mogu dobiti.

Sve informacije koje sam dobijala, dobijala sam od sestara. To je mnogo dobra stvar zato što one imaju veliku gužvu a uvek su jako ljubazne, na mojih sto pitanja daju sto i jedan odgovor, što je dobro stvarno jer kad ti je sve nepoznato onda je mnogo bitno da imate povratnu informaciju. (Marijana, 31, u prvom postupku)

Budući da su lekari veliki deo iskustva u svakom smislu – njih najčešće viđaju i nekim delom od njih zavisi tok i ishod postupka, više žena je istaklo da je odnos koji formiraju sa lekarom važan. Da bi ga procenile kao dobar, žene traže da se osećaju uvaženo, a ne nužno ponegovano.

*Ali opet, s druge strane... Ono što je meni bilo jasno je da **ja ne želim nikoga da me drži za ruku, i da me tapše po ramenu. Nego da mi objasni celu proceduru, i da to završimo.** I to je ono što od nje i dobiješ. (Sara, 36, u prvom postupku)*

*Sve vreme čuješ da je doktorka drkoš. Da maltretira i sestre i pacijente, ali meni to nije bilo bitno. **Samo da mi neko kaže imaš problem taj i taj i rešićemo ga tako i tako.** To je to, može ili ne može. Nisam imala potrebu da me teši doktorka. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

*Hajde ako ćemo da definišemo kriterijum, to je negde, **najviše su stručnost znači nije, nisam ja to nisam da držite me, čuvajte me, mazite me** i uzmite mi sve pare ovog sveta zato što je tako to lepo. Ne brate, budite surovi, budite kakvi god **samo radite najbolje što umete** svoj posao bez prenemaganja. To su mi negde bili kriterijumi. (Ljubica, 39, u prvom postupku)*

Iz prethodnog iskustva vidi se prioritizovanje informisanja i efikasnosti lekara, pa makar ako to znači i nedostatak brige o psihološkim potrebama žena. Čak se primećuje da se ova dva vide kao dve karakteristike lekara na klackalici – ukoliko je lekar „oštar“ u komunikaciji (direktan,

neposredan, a ne negujući), to pruža neku vrstu garancije stručnosti, kao da se medicinsko znanje, sa jedne strane, i socijalne veštine i empatija, sa druge, međusobno isključuju. Drugim rečima, nežnost lekara i briga o psihološkim potrebama nisu nužno prioriteti ženama. Ipak treba istaći da su sve tri učesnice sa ovom perspektivom samostalno finansirale svoj prvi postupak vantelesne oplodnje. To znači da su nekih negativnih karakteristika postupka pošteđene (na primer, čekanja, preopterećenosti pacijentima, lutanja kroz laboratorijske analize), a i da nisu doživele iscrpljenje svojih emotivnih resursa za nošenje sa neuspehom. Može se reći da im ova pozicija omogućava malo više kapaciteta da se nose sa nešto direktnijim lekarom čije socijalne veštine ili staranje o psihološkim potrebama pacijentkinja nisu toliko izražene. Međutim, klackalica između ljubaznosti i stručnosti za neke žene dobija suprotnu formu – gde je psihološka podrška čak i prioritet u odnosu na percipiranu stručnost.

*Što se tiče doktora ja sam rekla, **možda postoje veći stručnjaci**, možda postoje druge tehnike **ali meni je u celom ovom procesu jako bitna psihološka podrška**. Meni je jako bitno da ja mogu da pitam, da li - da on i ja na neki način učimo zajedno. (...) I meni su na prijemu rekli: „Vi imate u državi mnogo većih stručnjaka, ali, doktor je - pošto ste vi težak slučaj, jako težak slučaj, vama je potreban neko ko će vama da se posveti“. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

Drugim rečima, neke žene prepoznaju da su suočene sa izazovima koji nisu samo u zdravstveni nego i psihološki, te prioritizuju psihološku podršku, negde implicirajući da i njihovo mentalno zdravlje tokom postupka može doprineti pozitivnom ishodu. Od lekara se očekuje da se posvete jedinstvenim stanjima i zdravstvenim istorijama žena, nasuprot rutinskom i šematizovanom tretmanu.

Međutim, najveći broj žena se ne oseća kao da treba da žrtvuje jedno ili drugo. Za njih je značajno da sa lekarom imaju pozitivan odnos jer on amortizuje emocije straha i anksioznosti. Lekar koji uvažava svoje pacijentkinje i brine o njihovom psihološkom stanju utiče na to kako se vidi celo iskustvo i u kakvoj atmosferi žene iz njega izlaze, čak i ako je postupak neuspešan.

Ali, u suštini i odabrala sam je zato što ima ogromnu empatiju i za razliku od mene koja sam ogroman tremaroš ona je smirena, ono, kad ja dođem i kažem: „Jao ovo ništa ne valja“. Ona kao: „Dobro, hajde da pogledamo, nije to baš tako“. (Iva, 32, u trećem postupku)

*Pa da nekako ima miran ton, da, priča normalno, **bez povišenog tona, bez neke nervoze, da mi ne unosi dodatnu nervozu a da mi opet jasno objasni da ne živim u nekim zabudama**, da mi da pravi nekako pravi odgovor. Da mi, ne znam kako to da objasnim. I da mi ne stvara dodatni pritisak i dodatnu neku... (Irena, 37, u petom postupku)*

Tendencija lekara da uvaži potrebe žena i da ih poštedi nepotrebne patnje smatra se samo pozitivnom. Neke žene osluškuju svoje lekare i u njima se trude da prepoznaju vrednosti koje su i njima lično važne. Treba podsetiti da se ovde ne radi o kriterijumima za izbor lekara, o čemu je bilo reči u odeljku *Uzimanje aktivne uloge u medicinskom kontekstu*, već o kriterijumima za formiranje odnosa poverenja sa lekarom.

Ali mi je tu opet i ona ulila neko poverenje... Pošto je ona baš prokomentarisala da ona ulazi, da je u perimenopauzi. I da, ima sad nekih zdravstvenih problema, pa ne može da prima hormone, a ovaj, ona baš ne voli da se pati kao, to je potpuno bezveze. I onda mi je i to bilo znaš, nekako kao: Okeeej, znaš, ako žena tako razmišlja, da je nepotrebna patnja, nepotrebna patnja, onda pretpostavljam da će sve uraditi da i ja isto tako ne patim nepotrebno. (Sara, 36, u prvom postupku)

Odnos sa lekarom nekada dobija prioritet čak i nakon neuspešnog postupka. Ovde jeste važno pomenuti da žene imaju različite filozofije uspeha, ali one retko pripisuju neuspeh lekarima, osim ukoliko je bilo očiglednih propusta i grubog kršenja procedure.

Tako da posle toga, mnogi ljudi su me pitali: „Jao pa što ne promeniš lekara?“ kao posle toga... Neko kad znaš, doživi neku tako situaciju poželi da promeni, da ne ide više tamo, međutim meni je ta situacija mi je još više dala poverenje u njega. Tako da, ne, lekarom sam stvarno, stvarno zadovoljna. I ovako kao čovekom. Ima reči podrške i posle svega toga kad se desilo, ne znam, on je porazgovarao sa mnom onako baš kao čovek da kažem, ne kao lekar. Tako da značilo mi je i to, nekako me je podigao da mogu da nastavim dalje, šta znam. (Irena, 37, u petom postupku, nakon tri neuspešna kod istog lekara)

Ličan odnos sa lekarom je važan i zbog praćenja zdravstvene istorije pacijentkinja. Žene se osećaju sigurnije sa lekarima koji su već sa njihovim stanjima upoznati i koji mogu da predvide potencijalne probleme, nego sa novim lekarima.

Oprezna sam u smislu kod koga idem i onda vrlo sa rezervom primam određene informacije. Znači kada mi kaže doktorka koja mi je radila transfer i koja je vrlo upućena u čitavu moju istoriju i operaciju koja je bila i sve. Nekako u nju imam više poverenja nego kada mi ovako neko drugi... (Hana, 38, u trećem postupku)

Razlog zašto je vezivanje za jednog lekara važno je zato što postoji očekivanje da, ukoliko jedan lekar prati stanje jedne pacijentkinje, i na jednom mestu ima sve analize, znaće kako da postupi i najbolje da pomogne. Oslanjanje na kontinuitet u nezi uliva neku dozu sigurnosti, što su nalazi i za vođenje trudnoće i porođaj (Pantović, 2022). Međutim, očekivanje od lekara da prati stanje, prilagođava terapiju u skladu sa potrebama pacijentkinje i koristi njena iskustva kao izvor informacija se više puta izneveravalo.

*Jednostavno te tablete koje mi je on dao, da li je to bila pogrešna doza za mene jer on nije imao moju hormonsku sliku, **on nije imao moje odrađene hormone, a on je mene bukvalno kljukao tabletama**, kao: „Pij toliko i toliko“ mislim da jednostavno ti hormoni su u meni, to je bilo strašno, stvarno je bilo strašno. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Treba uzeti u obzir da su lekari često prenosio i dobrih i loših vesti, i da su prve osobe koja sa ženama razgovaraju na prekretnicama u iskustvu vantelesne oplodnje. Njihova uloga u tim trenucima prevazilazi ulogu samo pružaoca medicinske nege – responzivnost na potrebe žena i posebna osetljivost na specifične gubitke ih čini osobama od poverenja.

*Mislim, **stvarno sam imala prvo podršku doktorice koja mi je saopštila**. To stvarno ne mogu da joj zaboravim nikad. Ja sam to njoj rekla. Doktorica me je ostavila u ordinaciji, nije mi dala da idem kući. (...) Tako da, to osoblje koje mi je tad ukazalo prvu podršku. Čak i medicinska sestra koja je izašla za mnom, i bukvalno ono sam se isplakala prvo sa njom. I eto prvo nisam mogla da plačem, to je šok. To je veliki šok. (Jovana 36, o gubitku ploda u desetoj nedelji)*

Znate i kada je nešto jako loše i kada nešto krene po zlu, ali kada vi imate takvog doktora koji je uz vas, koji je uz svog pacijenta, nekako je to sve lakše podneti. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)

Iz ova dva iskustva se vidi naročit potencijal odnosa sa lekarom da ublaži negativne emocije čak i u slučaju velikih gubitaka. Samo odnos pun poverenja, ali i blagonaklon i pažljiv lekar uspevaju da u nekoj meri amortizuju snažna i neočekivana osećanja tuge.

Nisam ga doživela kao nekoga ko je bio motivisan isključivo finansijama. Doživela sam ga kao nekoga ko je bio zainteresovan za moje zebnje. On je što se toga tiče otvoren, vrlo raspoloživ i slično. (Azra, 38, nakon jednog neuspešnog postupka)

Kao što je već rečeno, poverenje se gradi dugo i vrlo je značajno, ali se vrlo lako može izneveriti. Jedan od najdirektnijih načina na koji žene mogu izgubiti poverenje u svoje lekare je ako kod njih primete greške.

Onda mi je bio baš veliki šok i baš mi je bilo krivo što, što je greška lekara jer sam dosta poverenja imala u doktorku od starta i nekako dve godine idem kod nje i tako dalje. I baš sam... Nisam očekivala eto tu reakciju. I, mislim, takav događaj. (Angelina, 30, nakon što joj nije bila prepisana odgovarajuća terapija i doživela je gubitak u ranoj trudnoći)

Baš sam se razočarala i u doktorku jer na kraju mi je potvrdila da nije smela da mi radi taj embriotransfer u takvom stanju. Jer i da je uspelo na primer, to je moglo da se odrazi na plod i te kako. Tako da sam rešila bila da promerim i kliniku i doktora i sve. (Irena, 37, u petom postupku, o embriotransferu koji je rađen dok je imala Herpes Zoster).

Treba prokomentarisati i postupke lekara koje žene vide kao medicinske propuste, a koji potencijalno imaju medicinsko opravdanje koje sa pacijentkinjom nije iskomunicirano potpuno i na vreme. Maši su vraćena četiri embriona što je ona videla kao propust, jer nije imala preostale embrione za zamrzavanje. Međutim, budući da je u četrdesetim godinama i da ima više neuspešnih postupaka iza sebe, moguće da je odluka o vraćanju četiri embriona bila sasvim medicinski opravdana, ali ne i pojašnjena pacijentkinji.

Oni su meni vratili četiri embriona, da bih ja posle pročitala da je tri maksimum koji smeju da se vrate. Jer i sami znate da to može da dođe do višeploidne trudnoće. (...) Krivo mi je, oni su tad rekli: "Najbolje da vratimo sva četiri, da ne ostaje za zamrzavanje jer su veće šanse da uspe, prošli put vam nije uspelo sa tri, sad će možda sa četiri". Mislim, ne razumem ni tu logiku. (Maša, 43, u petom postupku).

O greškama i propustima u kliničkom kontekstu je već bilo reči u prethodnom odeljku, one se događaju u svakoj fazi iskustva i u manjoj ili većoj meri su zajedničke za veliki broj učesnica. Međutim, dok se propusti na klinici opravdavaju depersonalizovanim odnosom ili opterećenošću brojem pacijenta, izneveravanje poverenja od strane lekara sa kojim je formiran lični odnos je posebna vrsta frustracije.

Dva dana pre nego što treba da preuzmem terapiju, oni meni kažu da to ne može tako jer on više ne radi u toj bolnici. Da treba da vidimo šta ćemo da radimo. (...) I sve, na kraju je problem nastao što oni nisu imali moj jedan jedini dokumentu od prethodnih pregleda, jer on je čitavu moju kartoteku poneo sa sobom. (Hana, 38, u trećem postupku)

U ovom iskustvu se delom vidi i finansijska priroda postupka, gde se dobrobit pacijentkinja stavlja po strani i njen nastavak postupka dovodi u pitanje, kako bi pojedinačni lekar ili neka klinika nastavili sa postupkom, odnosno kako bi novac iz sredstava RFZO-a nastavio da bude usmeren ka njima.

Iz svega prethodno rečenog vidi se da se žene vezuju za lekare pre svega jer je njihova uloga u postupku vrlo značajna. Da taj odnos treba da bude odnos uvažavanja se podrazumeva, a neke žene ističu i emocionalnu dostupnost kao karakteristiku na koju žele da računaju. Budući da je odnos sa lekarom intenzivan i da dugo traje, te da od njega praktično zavisi budućnost žene koja ulazi u postupke vantelesne oplodnje, svaka vrste neosetljivog komentara ili uvrede dobijene od lekara dobija na težini.

Iako nije svim ženama prioritet da se na klinici neko pobrine za njihove psihološke potrebe, odnos uvažavanja se smatra minimumom, ali ni on nije univerzalni standard.

*I kaže (doktorka) meni: “Ja pravo da ti kažem, ti ako ikad u životu budeš uspela da ostaneš trudna, nećeš izneti trudnoću”. “Molim?!” Kao: “Zbog tog mioma”. Ja kažem, dva doktora su rekla da ga ne diram, ne razumem. I ta njena rečenica mislim, ti nekome ko se bori, ko ide na vantelesnu, kažeš rečenicu, da li sam gledala park iz doba jure: „**Tako se i ljudi nadaju da ih tamo neće pojesti dinosaurusi**”. Ja koja izlazim šokirana. Šokirana apsolutno šokirana. (Snežana, 33, u četvrtom postupku)*

Komentari kao ovaj su za žene problematični na više načina. Najpre, informacija koja se ovde komunicira tiče se čitave budućnosti žene i komunicira se grubo bez osvrtnja na njenu psihološku ili socijalnu poziciju. Dalje, osim očigledne grubosti, ovakav način komunikacije banalizuje iskustvo, pojednostavljuje pitanje vantelesne oplodnje i trudnoće i na kraju omalovažava ženu koja se nalazi u postupku. Taktičnost nije osobina svih lekara i Snežana nije bila usamljena u ovom iskustvu.

*Ulazi doktorka i kaže: “Jao dobar dan, dobar dan izvinjavam se što kasnim, jeste je pregledali?”, i ovaj dečko kaže: “Evo sad smo završili ultrazvuk”, kao: “Koliki je endometrijum?” i on sad kaže 7.5, i ona kaže: „**Tanko je to, kljukajte lekovima!**”. (Mitra, 29, u trećem postupku)*

Metafora pokretne trake koju žene koriste u kliničkom kontekstu vidljiva je i u situacijama kao što je ova, gde se vreme za informisanje ne odvajava, a naredni koraci se zajednički ne planiraju. Žena je samo objekat terapije i o stanju svog tela zaključuje posredno na osnovu razmene između lekara i tehničara. Dodatno, detalji procedura koji su značajni za osmišljavanje iskustva se ne dele sa ženama, a čak i kada se radi o potencijalnim komplikacijama, ne poklanja se posebna pažnja informisanju.

*Doktorka je svakako jako **iskrena u toj svojoj nekoj drskosti**. I onda se tu kao nervira na glas kako je tu nešto u stranu i kako ne može lako da uđe i tako kao, bukvalno pizdi. I u jednom momentu, sećam se da sam se skroz zaledila, da sam bukvalno, čini mi se da mi se svaki mišić zgrčio u telu. I onda kad je to završila, **onda mi je rekla: „Možda ćeš malo krvariti, uštipnula sam te slučajno**“. (Jana, 41, nakon jednog neuspešnog postupka)*

Na kraju, žene su se suočavale sa uvredama upućenim direktno njima, a neke od ovakvih situacija već su bile pomenute u ranijim odeljcima. Treba pojasniti da se u vantelesnoj oplodnji žene nalaze u posebno ranjivoj poziciji, da od informisanja i savesnog praćenja njima zavisi postupak, a nekada i budućnost, te da se ne osećaju kao da u baš svakoj situaciji mogu da se odbrane od uvrede koja dolazi od lekara.

*Ali doktor je onda provalio foru - da, inače, mi smo morali da odložimo jedan mesec, to jest dva meseca VTO zato što se meni jetra otrovala od hormona i od tada konstantno imam probleme sa hormonima i sa jetrom. (...) **On je onda izvalio šalu da sam ja u stvari špajzara - to je u stvari leskovački, a kulturno, to je špajzarka. To su one žene što piju u špajzu.** (Monika, 39, u petom postupku)*

Dok se kapaciteti klinika za vantelesnu oplodnju da prihvate veći broj pacijentkinja povećavaju, upitno je da li se kapaciteti za uvažavanje psiholoških potreba i psiholoških i socijalnih različitosti žena prate podjednako brzinom. Iskustva jesu različita i neke žene prođu kroz celu vantelesnu oplodnju a da ne dožive ni jednu neprijatnost u kliničkom kontekstu. Ovo češće važi za

žene koje odluče same da finansiraju postupak i tako izbegnu sve mane velikih i državnih sistema. Budući da one to rade svesno i da se na plaćanje upravo i odlučuju da bi dobile bolji tretman, pokazuje da su uslovi u kojima se žene inače leče uobičajeno prepoznati kao nedovoljno dobri. Neke žene su u postupcima lečenja dugo, te su u skladu sa brojem lekara i klinika koje su isprobale doživele i veći broj negativnih iskustava. Ako uz to dolaze iz manjeg mesta pa se suočavaju i sa neupućenošću lekara na lokalnu, njihovo iskustvo nije samo neprijatno, već su suočene i sa odloženim ili produženim postupkom lečenja neplodnosti. Klinike imaju različite kapacitete i na njima rade lekari različitih reputacija, ali ni jedna od ovih karakteristika nije presuda za to kako će se doživeti postupak iz lične perspektive. Lično iskustvo je ženama najinformativnije, one pažljivo osluškiju svoje lekare, osećaju atmosferu na klinici i grade svoj utisak na osnovu kojeg će kasnije postupati.

Diskusija nalaza

U ovoj studiji razmotreno je više aspekata iskustva vantelesne oplodnje. Od prvog suočavanja sa neplodnošću i identitetskih preispitivanja, preko samog postupka i svih njegovih pojedinosti, do uloge koju žene preuzimaju u navigiranju kroz iskustvo i, konačno, uloge koju ima medicinski kontekst, življeno iskustvo žena je analizirano imajući u vidu njihove socijalne pozicije i njihova prethodna iskustva. Na ovom mestu će pomenuti aspekti biti dodatno prodiskutovani u kontekstu postojeće literature koja se bavila reproduktivnim procesima žena, uključujući suočavanje sa neplodnošću i vantelesnu oplodnju, uz poseban kritički osvrt na društveni status vantelesne oplodnje i implikacije tog društvenog statusa na življeno iskustvo žena.

Diskusija je organizovana u četiri odeljka. *Priroda i tehnologija u postupku vantelesne oplodnje* prvi je odeljak u kojem su prodiskutovane reprezentacije vantelesne oplodnje kao medicinske procedure, odnosno reprezentacije svih delova postupka vantelesne oplodnji koji menjaju prirodni (spontani) proces reprodukcije u situacijama kada on ne dovodi do trudnoće. Značajan aspekt iskustva koji prožima različite kontekste u kojima će se žena naći i različite faze postupka vantelesne oplodnje je gubitak kontrole prodiskutovan u drugom odeljku – *Gubitak kontrole – neplodnost, lečenje i preplavljajuća priroda postupka*. Treći odeljak *Putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju – (ne)izvesnost, zdravstvene posledice i ishodi* posvećen je diskutowanju više različitih obrazaca iskustva, odnosno putanja prolaska kroz vantelesnu oplodnju, uključujući i psihološko iskustvo, ali i moguće medicinske ishode. Na kraju ove diskusije biće pomenute i *Praktične implikacije za tretman neplodnosti i odnos prema ženama u vantelesnoj oplodnji* koje obuhvataju preporuke za promenu neposrednog društvenog konteksta žena, medicinskog konteksta i širih društvenih okolnosti u kojima se vantelesna oplodnja odvija.

Priroda i tehnologija u postupku vantelesne oplodnje

Vantelesna oplodnja se u medicinskoj literaturi naziva asistiranom reproduktivnom tehnologijom (eng. „Assisted Reproductive Technology“). Drugim rečima, radi se o tehnologiji koja pomaže (asistira) spontanim procesima reprodukcije. Uz medijske reprezentacije i značenja koja se grade na lokalnim klinikama, javni diskurs o vantelesnoj oplodnji je diskurs o tehnologiji koja podržava prirodne reproduktivne procese, premošćava identifikovane nedostatke i rešava problem neplodnosti kratkim uplivom u život para, odnosno žene (Throsby, 2004). Realnost koju žene žive je sasvim drugačija, i baš ta realnost, odnosno njihovo življeno iskustvo bilo je predmet ove studije. Način na koji one reprezentuju vantelesnu oplodnju zavisi od faze u postupku i iskustava koja sa postupcima imaju ali je takođe u vezi sa time kako je vantelesna oplodnja osmišljena kao medicinska procedura i kakve su njene javne reprezentacije.

Pre samog ulaska u postupak žene se postavljaju spram biomedicinskih tehnologija na jedan od dva načina. Sa jedne strane, uz poverenje u medicinsku struku i zdravstveni sistem ide i poverenje u postupak kao tehnologiju koja uz minimalne intervencije podržava začeće. Iza ove reprezentacije krije se uverenje da je začeće jednostavno i da je paru potrebna samo mala medicinska podrška kako bi do njega došli. U ovom kontekstu, vantelesna oplodnja nema status postupka koji je visoko tehnološki, već postupka koji imitira spontane procese, ubrzava ih ili ih olakšava. Žene mogu zadržati ovu pojednostavljenu medijsku reprezentaciju pri ulasku u postupak, ukoliko ih lično iskustvo ne demantuje. Štaviše, ovakva reprezentacija postaje realnost za žene koje ostanu trudne nakon prvog postupka, pa samim tim i perzistira u njihovom iskustvu. Vantelesna oplodnja je u tom slučaju zaista jednostavan odgovor na neplodnost koji uz neka ulaganja vodi do željenog ishoda. Kao što tvrdi Trozbijeva (Throsby, 2004), uspešna vantelesna oplodnja vodi rođenju zdravog deteta i ovaj vidljivi rezultat se ni po čemu ne razlikuje od spontanog začeća, kao i trudnoće i porođaja nakon njega, što praktično briše sve tehnološke i medicinske uplive u proces

reprodukcije. Međutim uspešna vantelesna oplodnja nije najčešći ishod i žene suočene sa ponovljenim postupcima i intervencijama postaju sve svesnije uloge tehnologije koja je deo njihove reprodukcije. Za većinu žena iz ove studije karakterističan je upravo ovaj postepeni uvid u to koliki je upliv medicinske struke i tehnologije u njihovu reprodukciju. U vantelesnu oplodnju se najčešće ulazi sa poverenjem i očekivanjem lakog, medicinski podržanog rešenja. Ukoliko do uspešne vantelesne oplodnje i rođenja deteta dođe relativno brzo nakon inicijalnog suočavanja sa neplodnošću, biomedicinske tehnologije neće zauzimati veliki prostor u celom iskustvu reprodukcije. Međutim, kada do pozitivnog ishoda ne dođe, žene postupno kroz lično iskustvo uviđaju na koje sve načine će medicinska tehnologija interferirati sa njihovom svakodnevnicom i telesnim procesima. Istovremeno, ukoliko se daje prioritet spontanom začeću i žena doživljava velike identitetske promene usled suočavanja sa neplodnošću, vantelesna oplodnja se vidi kao preveliki upliv u nešto što treba da se dogodi spontano, što se drugima događa sa prividnom lakoćom, i što se smatra prirodnim zadatkom odraslih osoba, a i narednom životnom fazom u životu heteroseksualnih parova. U oba slučaja, pitanje (ne) prirodnosti figurira kao značajno, što ne iznenađuje, jer se začeće smatra sasvim prirodnim i spontanim procesom, pa se tehnologija koja se u njega meša može reprezentovati ili kao jednostavan produžetak te prirodnosti ili kao visokotehnološka intervencija. Budući da se trudnoća gotovo celog života smatra podrazumevanom (Cunningham & Cunningham, 2013), i da štaviše žene koriste različite mehanizme sprečavanja trudnoće, ideja da im je za to potrebna medicinska pomoć vodi ka preispitivanju ličnog i partnerskog identiteta, ali i uverenja o prirodi i reprodukciji. Što se vantelesna oplodnja vidi kao manje prirodne intervencije, to su žene sklonije percipiranju i sebe kao manje “prirodnih” žena, kao drugačijih od drugih, budući da im je za prirodan proces začeća potrebna pomoć (Todorova & Kotzeva, 2006). Na kraju, u svakodnevnom govoru u našem jeziku se vantelesna oplodnja dugo, a u nekim trenucima i dalje, naziva “veštačkom” oplodnjom. Neke od učesnica ove studije su pokazale jasno nezadovoljstvo ovakvim nazivom, vraćajući se na argument da je vantelesna oplodnja samo produžetak prirodnih procesa. Istovremeno, ako je oplodnja veštačka, onda je i njihovo začeće veštačko, a i one same se u tom slučaju razlikuju od drugih trudnica i majki. Ne treba zaboraviti da je u javnom diskursu dugo perzistirao naziv *bebe iz epruvete* za decu rođenu vantelesnom oplodnjom (eng. „test tube babies“) čime se ta neprirodnost prenosi sa žena i na njihovu decu.

Međutim, postoji i treća perspektiva, odnosno reprezentacija vantelesne oplodnje kao načina da se izleči, zaceli i popravi šteta koju je sama priroda nanela (Paxson, 2003). Ovakva reprezentacija je vrlo interesantna i može biti deo iskustva onih žena koje su se tokom svoje zdravstvene istorije suočile sa bolestima i stanjima koja su im smanjila šanse da ostanu spontano trudne. Za njih začeće i nema status prirodnog i podrazumevanog, pa se ni medicinske tehnologije ne vide kao saradnik ili neprijatelj prirodnog procesa začeća, već lek za problem koji su imale.

Važno je spomenuti da standard sprovođenja vantelesne oplodnje jeste iniciranje stimulisnog postupka, odnosno izazivanje snažne ovulacije koja se u spontanom okolišima ne dešava. Interesantno je da je nekoliko žena u ovoj studiji u dogovoru sa lekarima počelo vantelesnu oplodnju u prirodnom ciklusu, bez stimulacije, a još interesantnije da ta, “prirodnija” varijanta vantelesne oplodnje, u našoj zemlji nije finansirana sredstvima RFZO-a. Jedna od hipoteza koju iznosi Tompsonova (Tompson, 2005) je da se vođenjem vantelesne oplodnje u prirodnom ciklusu smanjuju potrebe za terapijama čime se smanjuju i profiti onih koji tu terapiju proizvode. Drugim rečima, vantelesna oplodnja je postupak koji usled i karakteristika tržišta dobija kvalitete koji je udaljavaju od prirodnog procesa začeća, dok se paralelno na nekim klinikama obavlja rad uprirodnjavanja ovih intervencija (eng. „to give a helping hand“: Throsby, 2004).

Slična pitanja perzistiraju i tokom postupka vantelesne oplodnje, kada se unekoliko ulozi žena materijalizuju te one počnu da razmišljaju o jajnim ćelijama, embrionima ili plodu. Vantelesna oplodnja dozvoljava reprezentaciju procesa koji su inače nevidljivi, počevši od stvaranja jajnih ćelija. U savremenim okolišima, i tokom trudnoće (do koje je spontano došlo) ranije nevidljivi ili

drugačije reprezentovani delovi iskustva materijalizovani su kroz tehnologiju (Stanković, 2024), a vantelesna oplodnja to vodi i korak dalje, čineći vidljivim procese i pre trudnoće. Time žene dobijaju priliku da pomno prate razvoj jajnih ćelija kroz folikulometrije, da znaju tačan broj oplođenih embriona i da vide embrione na ultrazvuku kako se ubacuju nazad u matericu. Ova saznanja nisu ženama neposredno dostupna, odnosno, bez posredstva tehnologije one u njim ne bi bile upućene. Drugim rečima, tehnološki karakter postupka čini žene svesnijim prirodnih procesa u njihovom telu. Međutim, njihovo poznavanje prirodnih procesa čini čitav čin reprodukcije manje prirodnim. Za spontanu trudnoću, kao što su mnoge učesnice isticale, ovo znanje, praćenje i tehnologija nisu potrebni, štaviše, vide se i kao smetnja i interferencija sa nečim u šta žene ne moraju da budu upućene da bi to uspešno obavljale. Tehnologizovan karakter postupka upućuje žene u procese u koje u “prirodnim” okolnostima ne bi bile upućene, što demistifikuje prirodan proces začeća, ali ga istovremeno i deli na mehanicističke delove od kojih svaki može biti problematičan za žene i predstavljati prepreku njihovoj nameri da ostanu trudne.

Rana materijalizacija svih delova reproduktivnog procesa koji vodi do trudnoće rezultira i vidljivijim gubicima – gubitak rane trudnoće u vantelesnoj oplodnji je trenutak koji u spontanoj trudnoći prolazi sasvim nezapaženo. Tehnologija u ovom smislu čini mogućim i gubitak onoga čega žene u prirodnom procesu začeća ne bi ni bile svesne – na primer gubitak zdrave jajne ćelije i zadebljalog endometrijuma, ali i gubitak koji bez tehnologije ne bi ni postojao – na primer embriona koji ne preživi odmrzavanje.

Nije tehnologija jedina koja posreduje između žene i prirodnog procesa začeća. U nekim slučajevima etika, čak i zakon interferiraju sa tokom postupka (Thompson, 2005) – na primer kada je reč o embrioredukciji ili medicinski indikovanoj abortusu. U skladu sa medicinskim saznanjima i zakonodavnim okvirom, a posredstvom tehnologije, prenatalni testovi donose novo polje sukoba prirodnog sa tehnološkim. Čak kada trudnoća teče po planu i plod nema druge zdravstvene probleme, identifikacija trizomije je povod za medicinski indikovani abortus. Drugim rečima, neposredno iskustvo trudnoće koje je pozitivno sukobljeno je sa društvenim očekivanjima o tome šta znači zdrava trudnoća i zdrav plod.

Žene promišljaju prirodnost i kada je reč o ishodu vantelesne oplodnje. Začeće jeste prirodan proces, ali budući da su već uveliko u biomedicinskom postupku, za njih to prestaje da bude. Pozitivan ishod vantelesne oplodnje rezultat je ulaganja vremena i truda, rezultat je trpnje tela žene, rezultat je tehnologije i medicinske struke. Kada je reč o prvoj vantelesnoj oplodnji koja počne bez dugog odlaganja i završi se uspešno, treba podsetiti da se ova ulaganja lako zaboravljaju. Međutim, uspešna prva vantelesna oplodnja često nije slučaj i ta ulaganja nisu deo jednog, već više postupaka. U tom smislu, pozitivan ishod je rezultat kombinacije medicine, tehnologije, tela i prirode. Negativan ishod se, sa druge strane, tek ponekad pripisuje lekaru ili ličnom (ne) povinovanju medicinskoj proceduri. On se kao takav može tumačiti samo ako je bilo jasnih grešaka ili propusta, ali ukoliko je postupak tekao u skladu sa planom, a ishod je ipak bio nepovoljan, objašnjenja koja se pozivaju na prirodu igraju veliku ulogu. Štaviše, žene pribegavaju praktično evolutivnim objašnjenjima da bi sebi objasnile gubitak trudnoće, pripisujući takav događaj prirodnoj selekciji. Međutim, postoji još jedna instanca na koju se žene oslanjaju u analizi uspeha i neuspeha, koja stoji izvan diskusije o prirodnom i tehnološkom. Kod nekih učesnica ta instanca figurira kao bog a kod nekih kao sudbina, što usled neizvesnosti postupka nije iznenađujuće i svakako nije karakteristično samo za žene u Srbiji (Whittaker, et al, 2025). Svima je zajedničko to da uspeh vide donekle nezavisno i od svog tela i svojih ulaganja, a svakako nezavisno od medicinske struke. Iza ovoga se krije uverenje da najčešće grešaka i direktnih propusta nema, da lekari i svi ostali medicinski radnici, rade ono što je do njih, ali kada će doći do uspeha i pod kojim uslovima je nešto što ne

zavisi od toga⁴³. To ne znači da žene nemaju visoke standarde za ponašanje lekara ili da relaksirano shvataju svoju ulogu u postupku, štaviše, disciplinovano počinovanje proceduri se podrazumeva, to je njihova uloga koja je preduslov za pozitivan ishod. Međutim, suočene sa neizvesnošću, a nekad i sa više ponovljenih neuspeha, neke žene dele uverenje da će do trudnoće doći kada “na njih bude red”, kada “bude suđeno” ili kada “bog bude dao”.

Kao što tvrdi Thompsonova (Thompson, 2005), vantelesna oplodnja polje je ukrštanja ličnog, tehnološkog i političkog. Žene su u postupku kako bi ostale trudne i dobile dete, odnosno kako bi ostvarile lične i porodične životne ciljeve. To kako žene reprezentuju ulogu postupka u svojoj reprodukciji, potencijalne gubitke ili trudnoću, zavisiće od njihovih individualnih razlika, ali i neposrednih iskustava u postupku vantelesne oplodnje. Postupak vantelesne oplodnje zamenjuje mnoštvo procesa koji bi se u drugim okolnostima odvijali spontano, a bez upliva tehnologije bi neretko ostajali i nevidljivi, što oblikuje njihove reprezentacije u više faza ovog iskustva. Istovremeno, tok postupka nije određen samo medicinskim znanjima ili zdravstvenim stanjem žena, već je pod uticajem karakteristika tržišta i etičkih načela. Drugim rečima, kako različite žene reprezentuju različite faze u vantelesnoj oplodnji u kompleksnoj je sprezi njihovih ličnih okolnosti, tehnologije i društvenih praksi.

Gubitak kontrole – neplodnost, lečenje i preplavljujuća priroda postupka

U ovoj studiji analiziran je postupak vantelesne oplodnje iz perspektive žena, počevši od prvih susreta sa medicinskim kontekstom, preko samog stimulisnog postupka i intervencija, do njegove završnice – gubitka ili trudnoće. Žene su uključene od svojih partnera u ovaj proces iz mnoštva razloga koji su detaljno analizirani. Za početak, društvena očekivanja od rodne uloge žena insistiraju na majčinstvu koje je uvremenjeno i koje je biološko (Franklin, 2002; Todorova & Kotzeva, 2006); žene redovnije brinu o svom reproduktivnom zdravlju i prve su koje se obraćaju lekaru (Daniluk, 2001; Throsby, 2004); bez obzira na poreklo neplodnosti čak se i pripreme intervencije obavljaju na ženskom telu, a postupak vantelesne oplodnje se svakako celosti sprovodi na ženskom telu (Van Balen & Inhorn, 2002); muški partneri ne samo da nisu neophodni, već neretko nisu ni dobrodošli na klinikama; i, na kraju, žene su prve koje dobijaju informaciju o ishodu postupka, suočavaju se sa njom, i o tome obaveštavaju okruženje. Ovo neproporcionalno opterećenje žena je analizirano kroz više poglavlja i dovedeno u vezi sa gubitkom kontrole koju žena doživljava u ličnom životnom toku, u svojoj reprodukciji i nad svojim telom. Drugim rečima, preplavljujuća priroda postupka vantelesne oplodnje koji se sprovodi na ženskom telu i zavisi od njenog počinovanja medicinskoj proceduri otvara značajno pitanje o prostoru koji žene imaju da budu aktivne učesnice u iskustvu. U jednom od prethodnih odeljaka diskutovano je u kojim fazama i na koje načine žene uzimaju aktivnu ulogu u postupku, a na ovom mestu biće dodatno prodiskutovane karakteristike postupka koji ovaj prostor za aktivno učešće umanjuju.

Prva situacija u kojoj se žene suočavaju sa smanjenim prostorom za reagovanje je upravo suočavanje sa neplodnošću. Treba ponoviti – proširenje porodice je za njih, ne samo značajan, nego i prvi sledeći životni korak, nad kojim žene očekuju da imaju kontrolu (Daniluk, 2001). Suočavanje sa nemogućnošću da svojom voljom ostanu trudne prva je situacija u kojoj se njima sužava izbor pri

⁴³ Dok je vantelesna oplodnja imala status nove tehnologije i dok su postupci bili relativno retki, uspeh se uglavnom pripisivao ekspertizi i veštinama lekara koji su je sprovodili (Throsby, 2004). Međutim, status postupka se menja i budući da se radi o čestom i dostupnom načinu lečenja, ni lekari koji ga sprovode više nemaju status „čudotvoraca“ kao tokom početaka vantelesne oplodnje.

planiranju budućnosti. Žene se u toj situaciji susreću sa gubitkom kontrole nad svojim identitetom, identitetom partnerstva i načinom na koji će postati roditelji (ali i da li će postati roditelji) (Cunningham & Cunningham, 2013). Sam ulazak u postupke lečenja događa se postepeno, posetom lekaru, nekada bez jasnog definisanja problema i koraka kroz koje će žene proći. U tim situacijama ženama je potrebno da osmisle situaciju i definišu tačno sa čime se suočavanju, međutim mnogima to ne polazi za rukom. Ukratko, čak i pre saznanja da će jedna od tehnika lečenja neplodnosti biti vantelesna oplodnja, žene prolaze kroz terapije i intervencije, često ni ne znajući šta će im rezultati tih intervencija doneti. Na primer, prohodni jajovodi, iako zvuče kao pozitivan preduslov za trudnoću, ženama su samo dodatni podsetnik na nemoć u planiranju i ostvarenju porodice, jer i dalje nemaju konkretan problem koji mogu da reše. Kada se radi o takozvanom idiopatskom sterilitetu, odnosno neplodnosti sa nepoznatim uzrokom, žene osećaju dodatnu nemoć usled nemogućnosti da imenuju problem i uhvate se u koštac sa njim. U ovoj fazi se žene oslanjaju na lekare prepoznatljive u okruženju ili lekare u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, za koje veruju da im mogu pružiti blagovremenu i ispravnu negu, nad čime su takođe neretko gubile kontrolu. Lekari na lokalnu mogu biti neupućeni, nedostupni ili motivisani profitom, a žene, naročito u manjim mestima, suočene sa ograničenim izborom. Dakle, žene gube kontrolu nad planiranjem budućnosti tj. kontrolu nad tim kako će i kada postati majke, ponekad i u izboru metoda lečenja neplodnosti, a svakako u planiranju trajanja i toka ovog lečenja.

Sociokulturni kontekst igra značajnu ulogu u iskustvu i mnogo pre početka postupka vantelesne oplodnje i tokom njega – od reproduktivnih politika jedne zemlje koje uređuju dostupnost postupka uopšte, do niza konkretnih odluka koje donose lekari i komisije. Da bi žena ušla u postupak vantelesne oplodnje, potrebno je da se donese odluka da je to dobar i ispravan postupak za nju. Treba ukazati na to da nije sasvim jasno ko postavlja i odgovara na ovo pitanje – komisija RFZO-a samo procenjuje da li je žena fizički odgovarajući kandidat da se postupak vantelesne oplodnje finansira, ne procenjuje njenu fizičku i psihološku pripremljenost. Drugim rečima, procedura, koja uključuje i pripremu za vantelesnu i odlazak na komisiju, uređena je prema pravilima koja ženama nisu uvek jasna, a koja ne uzimaju njihov interes uvek u obzir (osim ukoliko se jednim relevantnim interesom ne smatra ostvarivanje trudnoće). One prelaze iz faze u fazu na osnovu odluka donesenih u medicinskom kontekstu ili kontekstu RFZO-a, dok se njihova perspektiva u tom trenutku ni ne razmatra.

Pitanje aktivnog učešća, odnosno preuzimanja kontrole na ulasku u postupke vantelesne oplodnje u vezi je sa statusom vantelesne oplodnje u našem društvu. Dostupna i prihvaćena kao mera lečenja vantelesna oplodnja u našem okruženju ima status rešenja za pitanje neplodnosti. Činjenica da je neograničen broj postupaka vantelesne oplodnje besplatan i dostupan u 23 zdravstvena centra u Srbiji za žene do 45. godine govori o prioritetu koji se ovakvom načinu lečenja neplodnosti daje u našoj zemlji. Žene stoga uputstva RFZO-a vide donekle kao svoju obavezu, a ne samo kao jednu od mogućnosti. U skladu sa ovim, ulazak u vantelesnu oplodnju ne ostavlja mnogo prostora za odlaganje postupaka ili razmatranje alternativa za zasnivanje porodice. Mnogo je pisano upravo o prividnosti izbora kada je reč o ulasku u popularizovan i tako dostupan način lečenja (Franklin, 2002). Neke žene su čak istakle da su ih i lekari na to direktno podsticali usled problema sa zdravljem u prošlosti. Istovremeno, već je analizirano šta bi za žene moglo da znači odbijanje ove alternative – odricanje jednog aspekta rodnog identiteta i odricanje od saznanja da su ispunile svoju ulogu, a to je, probale sve što je bilo do njih. Na ovom mestu još jednom treba podsetiti i na to da je javna reprezentacija vantelesne oplodnje značajno pojednostavljena i izostavlja mnoge negativne i rizične aspekte (Franklin, 2002; Throsby, 2004). Drugim rečima, sam ulazak u postupak sužava prostor za dalje aktivno učešće time što vantelesna oplodnja dominira u našem okruženju i zdravstvenom sistemu kao rešenje za neplodnost, kao i time što se složeni zahtevi postupka i zdravstveni rizici koje postupak nosi u izvesnoj meri prikrivaju. U ovakvom kontekstu, žene ostaju uskraćene za informacije o aspektima postupka koji za njih mogu biti neprijatni, bolni ili, u najgorem slučaju,

životno ugrožavajući. Iako pristaju na učešće u postupku vantelesne oplodnje, ili čak aktivno traga-ju za njim kao metodom lečenja neplodnosti, žene nemaju priliku da daju sasvim informisan prista-nak na problematične aspekte postupka koji mogu uslediti, gubeći kontrolu nad svojim tokom leče-nja. U nastavku procedure, ulozi se povećavaju, a vreme provedeno u postupku biva sve duže, usled čega se odluka da se u postupak uđe, odnosno da se sa daljim postupcima nastavi retko preispituje.

Ključan aspekt iskustva u kojem žena gubi prostor za odlučivanje i autonomiju je postupak vantelesne oplodnje u najužem smislu – period od početka stimulisnog postupka do testa na trud-noću. Ovaj deo iskustva se obavlja isključivo na ženi, podrazumeva pomno praćenje reproduktivnih procesa u njenom telu, nadzor i kontrolu njenog kretanja, ishrane, navika, kao i analize, preglede i intervencije koje se sprovode isključivo na njenom telu. Čitavo okruženje postaje (sa)učesnik ovog nadzora i kontrole, oduzimajući ženama mogućnost, čak ne ni da navigiraju kroz postupak vantele-sne oplodnje, već i da navigiraju kroz svoju svakodnevnicu. Ženama preostaje da osluškuju svoje telo, tumače simptome i iščekuju prvi naredni korak, koji ne zavisi od njih. Vesti o sledećem koraku ili ishod prethodnog koraka se komuniciraju isključivo sa njom, odnosno, žene su prve na liniji ko-munikacije sa klinikama, te osim što su logistički i telesno uključene, ne mogu da izbegnu ni svoje-vrsno mentalno opterećenje. Jedan od ključnih aspekata otelovljenosti postupka vantelesne oplodnje su i česte neprijatnosti, bolovi a nekada i životno ugrožavajuća iskustva. Neke neprijatnosti su nuž-ne i događaju se gotovo svakoj ženi, a neke prerastaju u komplikacije, kao što su vrlo intenzivne hiperstimulacije i hitne hirurške intervencije koje zahtevaju hospitalizaciju. Kada je reč o ovakvim stanjima, žena nema vremena, nema mogućnost, a nekada nije ni dovoljno svesna da bi dala prista-nak na narednu intervenciju koja će joj se dogoditi. Ono što je vrlo važno je takođe da komplikacije u vantelesnoj oplodnji jesu moguće i da je hiperstimulacija stanje koje je posledica stimulisnog postupka, na čije javljanje žene ne mogu da utiču niti su im uvek ponuđeni resursi za prepoznavanje i brzo reagovanje u situacijama kada se hiperstimulacija javi. To sve ženama smanjuje mogućnost da preuzmu kontrolu nad iskustvom, odnosno da se uključe i aktivno promisle promenljivu i ne-izvesnu situaciju kroz koju prolaze.

Istovremeno, treba razmisliti i o konkretnim medicinskim odlukama koje umanjuju prostor ženama da budu aktivne učesnice u svom iskustvu. Odluke u vezi sa uvremenjenošću postupka (prerano je, prekasno, treba sačekati šest meseci), količinom i trajanjem terapije (dužina šeme, le-kovi), te time kako se ona administrira (na klinici, kod kuće, oralno, vaginalno, intramuskularno, subkutano) ne stoje u vakuumu⁴⁴. Jasno je da su neki fizički parametri neophodni da bi se ostvarila zdrava trudnoća – proizvodnja jajnih ćelija, oplođeni embrioni, zadebljali endometrijum, zdravo telo koje će izneti trudnoću. Sve ovo podrazumeva uzimanje terapije, redovne kontrole i intervenci-je. Međutim, verovatno je da sociokulturni kontekst koji stavlja veći pritisak na žene da ostanu trudne i postanu majke, nego što stavlja na muškarce da postanu očevi, oblikuje to kako medicinska procedura izgleda i kako se medicinsko osoblje odnosi prema pacijentkinjama. Ukratko, žene se na klinici tretiraju u skladu sa ovim sociokulturnim kontekstom, a ne u skladu sa svojim individualnim karakteristikama, usled čega se postavlja pitanje da li i koliko je njima ostavljen prostor za izbor, odnosno koliko resursa imaju da se odupru ili pregovaraju bilo koji aspekt postupka.

Žene neretko ulaze iznova u postupke vantelesne oplodnje, sa idejom da imaju ponuđenu alternativu od koje ne mogu da odustanu sve dok se osećaju dovoljno snažno da kroz nju prolaze.

⁴⁴ Na primer, neke intervencije, iako se mogu raditi pod anestezijom, se ne rade uvek, kao HSG (učesnice ove studije su birale da traže mesta gde se HSG radi pod anestezijom). Takođe, odluke o količini i trajanju terapije su naročito značajne za najmlađe žene i žene sa sindromom policističnih jajnika, koje su pod većim rizikom od hiperstimulacije (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2024). Istovremeno, podaci iz kliničkih istraživanja ukazuju na to da su višeplođne trudnoće češće kod mlađih žena (v. Tocariu et al., 2023).

Za neke od njih prolazak kroz postupke postaje važan deo njihovog života i one mnoštvo svojih kapaciteta usmeravaju baš na to (Cunningham & Cunningham, 2013), menjajući svoje navike, istražujući nove klinike i lekare, informišući se o suplementima i simptomima. Bez obzira na stalnu tendenciju žena da na neki način uspostave kontrolu nad iskustvom, kako bi sebi obezbedile adekvatnu negu i osigurale da ispunjavaju svoju ulogu pacijentkinje u skladu sa očekivanjima, kulminacija i postupka i njihovog gubitka kontrole je neuspeh postupka. Sa neuspehom se mogu suočiti u bilo kojoj fazi postupka i to otežava njihove mehanizme održavanja kontrole – na vest o gubitku mogu biti potpuno nepripremljene jer ona može doći u neočekivanom trenutku. Drugim rečima, „negativna beta“ nije jedini neželjeni ishod. Žene se suočavaju sa nedovoljno zadebljalim endometrijumima, nedovoljnim brojem folikula, nezrelim ili neoplođenim jajnim ćelijama ili neuspešno odmrznutim embrionima. Čak i duboko u trudnoći se može nastaviti neizvesnost koja žene iznova dovodi u situaciju privikavanja na novu realnost, što nekad može uključivati prestanak srčane radnje, medicinski indikovani abortus, gubitak kasnije trudnoće ili gubitak jednog ploda u višeplođnim trudnoćama. Ukratko, postupak vantelesne oplodnje ne podrazumeva kratkotrajan period tokom kojeg se žena odriče svoje agensnosti i predaje svoje zdravlje i tok postupka u ruke lekara. Žene i nakon neuspeha neretko ulaze u ponovljene postupke, suočavaju se sa raznim gubicima, a nekada ih teret vantelesne oplodnje prati i kroz celu trudnoću.

Ceo postupak vantelesne oplodnje se odvija na ženskom telu, ali uključujući i njene psihološke resurse, logistički opterećujući njen svakodnevni život i narušavajući njen odnos sa bliskim osobama iz okruženja. Na primer, dok sa jedne strane one imaju priliku da bude aktivne učesnice u svom iskustvu tako što će neke osobe isključivati iz okruženja ili birati teme za razgovor sa njima, one ipak ne mogu da predvide reakcije bliskih osoba iz okruženja, a često su odgovorne za izveštavanje drugih o toku i ishodu postupka. Istovremeno, neke promene u njihovom socijalnom okruženju su nužan pratilac trenutne životne faze, pa se, dok prolaze kroz postupak, nose i sa bolešću i smrću svojih roditelja, potrebama drugih članova porodice, ali i zahtevima na poslu. U ovako preplavljujućem iskustvu, žene tragaju za prilikama da bar u nekoj meri preuzmu aktivnu ulogu i budu donositeljke odluka. Tih prilika nema mnogo, ali ženama pružaju osećaj agensnosti i omogućavaju im da upravljaju svojim okruženjem, sačuvaju se od negativnih emocija, i osmisle iskustvo tako da bar u nekoj meri sačuvaju svoje kapacitete za budućnost. Ključno polje njihove agensnosti su izbori koje prave u medicinskom kontekstu, posebno kada je reč o izboru i izgradnji odnosa sa lekarima, ali i granicama koje povlače u komunikaciji sa njima.

Uzevši sve ovo obzir, jasno je da žene na neki način navigiraju kroz svoje iskustvo, odnosno koriste mali broj prilika koje imaju, da bolje razumeju svoje iskustvo, da se efektivnije nose sa onim kroz šta prolaze, kao i da se suoče sa (potencijalno negativnim) ishodom u postupku. Iako su prostori za njihovu agensnost smanjeni, to ne znači da žene sasvim pasivno prihvataju okolnosti u kojima su se našle, kao i da ne tragaju za novim načinima uspostavljanja kontrole nad svojom svakodnevnicom i samim postupkom.

Putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju – (ne)izvesnost, zdravstvene posledice i ishodi

Žene koje prolaze kroz postupak vantelesne oplodnje su u ovu studiju ušle sa svojim prethodnim iskustvima, pojedinostima vezanim za svoje partnerstvo ili porodični kontekst, i sa različitim očekivanjima od postupka. Tokom studije govorile su o brojnim zdravstvenim problemima, logističkim poteškoćama i suočile su se sa različitim ishodima. Individualne razlike među njima su na čelno vredan izvor podataka koji u nekim situacijama omogućava tumačenje njihovog doživljaja. Takav pristup karakterističan je za psihološka istraživanja, pa su tako ispitivani emocionalni obrasci žena koje utiču na njihove kapacitete da se nose sa iskustvom vantelesne oplodnje (Lowyck et al.,

2009; Verhaak et al., 2010; Van den Broeck et al., 2010) ili kvalitet socijalne podrške sa kojom ulaze u postupak (Greil et al., 2011; Jestrović, 2021). U ovoj studiji, posebna pažnja bila je posvećena razlikama koje proizilaze iz socijalnih pozicija žena i koje na neki način oblikuju iskustvo vantelesne oplodnje. Na primer, žene koje samostalno finansiraju svoje postupke vantelesne oplodnje drugačije doživljavaju pripremu za postupak od žena koje, ispunjavajući uputstva RFZO-a, lutaju između privatnih i državnih ordinacija i laboratorija. Slično tome, žene koje su među mlađima i ulaze u prvi postupak, imaju nešto pozitivnija očekivanja i računaju na izvesniji ishod od nešto starijih žena koje već imaju iskustva sa negativnim ishodima u prethodnim ciklusima vantelesne. Ovo važi i za razlike u njihovoj ličnoj zdravstvenoj istoriji koja menja poverenje u zdravstveni sistem, profesionalnim pozicijama koje omogućavaju izvesne privilegije kada je reč o upravljanju vremenom, kao i emocionalnim kapacitetima koje imaju za nošenje sa gubitkom. U zaključku, individualne razlike između žena postoje i analizirane su u svim delovima ove studije. Međutim, ove individualne razlike i početne pozicije žena postepeno, kako postupak odmiče, gube svoj značaj u interpretaciji. Tokom postupka vantelesne oplodnje, intruzivnost ovog iskustva i zahtevi medicinske procedure su toliko preplavljujući za žene, da postaju ključan izvor za razumevanje njihovih doživljaja. Drugim rečima, na kraju postupka, uzevši u obzir sve njegove pojedinosti, razlike među ženama ne potiču od njihovih individualnih razlika, već upravo od karakteristika postupka i njegovo toka.

Najpre, radi se o postupku lečenja neplodnosti. Za sve žene je zajedničko da su u dugotrajnim partnerstvima artikulisale nameru da prošire porodicu, prošle kroz period spontanog pokušavanja, neplodnost prepoznale kao problem i ušle u medicinski kontekst. Životna faza u kojoj se nalaze je za većinu njih vrlo slična i prvi sledeći razvojni zadaci bili su upravo trudnoća, porođaj i briga o detetu, što znači da ulazak u postupke vantelesne oplodnje za sve njih čini važnu životnu odluku od čijeg ishoda zavisi planiranje dalje budućnosti (Franklin, 2002). Samim tim, potreba da razumeju svoje stanje, pronađu uzrok neplodnosti i rešenje za taj uzrok je zajednička svima. Iako žene koje odlučuju da samostalno finansiraju postupke zaobilaze složene pripremne procedure, njihova odluka je indikator razočaranja u državni sistem i pokazatelj da neka negativna iskustva sa tim sistemom već postoje. Drugim rečima, ne moraju u samoj pripremi za vantelesnu neposredno doživeti sve prepreke da bi ih bile svesne, ali te prepreke (direktno iskustvo sa njima ili očekivanje izgrađeno na prethodnom iskustvu) jesu razlog zašto se uopšte odlučuju na samostalno finansiranje. Nakon ovog pripremnog perioda u toku kog se pojavljuju razlike među iskustvima žena u zavisnosti od načina finansiranja vantelesne oplodnje na koji se odlučuju, ulazak u postupak minimizuje individualne razlike među njima – intervencije, terapija, administriranje hormona i drugih lekova (na primer, fraksiparina) isti su ili vrlo slični za sve. Logističke poteškoće, negativni aspekti primanje terapije i neizvesnost su tematizovani kod svih žena, bez obzira na okolnosti u kojima prolaze kroz vantelesnu oplodnju. Iako životna ugroženost jeste relativno retko iskustvo, ni jedna žena nije imuna na telesne neprijatnosti, strahove i bol. Dugotrajno i bolno iskustvo koje ima neproporcionalno složenije zahteve od žena nego od njihovih partnera, pri čemu su partneri sistemski isključivani iz kliničkog konteksta, gotovo nužno stvara bar pritisak na partnerski odnos kod svih učesnica. Na kraju, iskustva gubitka boje doživljaj celog postupka, odnosno ulaganja koja su žene napravile, ali i sagledavanje ulaska u novu vantelesnu oplodnju. Žene su te koje otelovljuju čitavo iskustvo vantelesne oplodnje (Van Balen & Inhorn, 2002), a veliki deo tog iskustva su visoko tehnologizovane i rutinizirane medicinske procedure, koje se minimalno razlikuju između žena (eng. „intensely technical and intensely personal“: Thompson, 2005:8). Razlike u medicinskoj proceduri nisu značajne za kvalitet iskustva. Na primer, bez obzira na doze hormona, tokom stimulacije sve žene primaju hormonalne injekcije; bez obzira na broj folikula, sve prolaze kroz aspiraciju, embriotransfer i iščekivanje rezultata Beta HCG testa. Ukoliko se postupak pre toga ne prekine, one će imati iste prekretnice u iskustvu, kao što su prvi ultrazvučni pregled, i nešto kasnije, prenatalni test. Ukratko, specifičnosti postupka kroz koji žene prolaze su najmoćniji faktor u oblikovanju njihovih doživljaja i stavljaju u drugi plan bilo koje individualne karakteristike sa

kojom su one ušle u postupak. Ipak, uzevši sve ovo u obzir, putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju mogu biti unekoliko različite, najviše usled dužine iskustva, broja prethodnih ciklusa i negativnih ishoda i naravno, poslednjeg ishoda sa kojim su se žene suočile.

Za početak, neke žene već u prvim postupcima ostvaruju zdravu trudnoću. Kroz postupak doživljavaju neprijatnosti ili bolove u skladu sa terapijom i intervencijama, ali usled relativno kratkog trajanja postupka i nedostatka ranijih negativnih iskustava, one pronalaze dovoljno resursa da se sa njima suoče. U slučaju žena koje u prvoj vantelesnoj ostanu trudne i prođu kroz trudnoću bez problema, vantelesna oplodnja gubi karakteristike trke na duge staze i kao što je već rečeno, uloga tehnologije i medicinske struke gubi na značaju (Throsby, 2004). U tom slučaju se ni status njihove trudnoće ne razlikuje previše od statusa spontane trudnoće, odnosno, brige koje postoje se (sporo, ali izvesno) usklađuju sa brigama trudnice koja je zatrudnela spontano. Za njih se doživljaj vantelesne oplodnje približava onome što se u javnom ili medijskom diskursu o njoj govori – „pogurala“ je prirodne biološke procese i bez mnogo gubitaka premostila neplodnost kod žena.

Druga grupa žena prolazi kroz postupke suočavajući se sa nekim gubicima koje uspevaju da prevladaju i nakon kojih nastavljaju sa postupcima, oslanjajući se na resurse koje imaju, na primer, podršku porodice. Da bi ovo mogle, za njih je važno da se nisu suočavale sa ozbiljnim zdravstvenim posledicama ili dramatičnim gubicima kao što su pobačaji u kasnijoj trudnoći. Neke od njih ostvare trudnoću u trećem ili četvrtom postupku, a neke od njih odlučuju da, tragajući za odgovarajućom negom, pokušaju sa vantelesnom oplodnjom u inostranstvu. Odluka o promeni strategije lečenja nekada dolazi relativno brzo nakon inicijalnih pokušaja i deo je aktivne strategije prevladavanja. Drugim rečima, one ne prolaze kroz decenijsko lečenje, već se prilagođavaju okolnostima u skladu sa znanjima i mogućnostima koje imaju. Ipak, neke žene odlučile su se za novi postupak vantelesne oplodnje uz donaciju reproduktivnog materijala nakon četiri ili pet neuspešnih prethodnih postupaka. Iako finalni ishodi ovih strategija (odlazaka u inostranstvo i donacija) nisu uvek sasvim poznati, čak ni njima ako su i dalje u postupcima, moguće je da trudnoća u konačnici i promeni celokupni narativ o iskustvu. U okviru ove grupe treba izdvojiti još jednu karakteristiku, a to je svesno odlaganje postupaka ili privremeno odustajanje od njih dok se ne pripreme ili ne prilagode strategiju. Ukratko, to su žene koje i dalje pronalaze dovoljno kapaciteta da aktivno odlučuju o svojim postupcima i u skladu sa svojim ciljevima eventualno menjaju putanju kojom će postati majke. Ipak, dugoročno je moguće da za neke od njih i dođe do iscrpljenja resursa i da iskustvo poprimi drugačije karakteristike, naročito ukoliko se i nove strategije ne pokažu svrsishodnim.

Treća grupa žena prolazi kroz dugo i iscrpljujuće iskustvo ostajući bez resursa za suočavanje sa njim. To su žene izložene stalnim gubicima, čestim problemima sa zdravljem, komplikacijama i razočaranjima u neočekivanim trenucima. One prolaze kroz hirurške intervencije, gubitke trudnoće, medicinski indikovane abortuse i vanmaterične trudnoće. Njihovi gubici su brojni i dramatični. To znači da ova grupa žena u svom iskustvu ima po pravilu više postupaka vantelesne oplodnje, oni uključuju i postupke u prirodnom ciklusu, a u mnogim od tih postupaka se suočavaju sa preprekama i pre nego što dođe do oplodnje embriona. Narativi ovih žena ispunjeni su strahom, tugom, bolom ali i ljutnjom i frustracijom pred nepravdom koju doživljavaju. Resursi psihološke, socijalne, materijalne prirode su usmereni i na sam postupak i na prevladavanje čestih gubitaka. U ovakvoj putanji vidi se kriza iscrpljivanja – postepeno trošenje resursa žene bez razrešenja na vidiku (Klikovac, 2024), tj. ono što Sara Frenklin naziva vantelesnom oplodnjom kao načinom života (Franklin, 2002). U ovom kontekstu bi bilo važno ispitivati i identitet žena bez dece koje su suočene sa neplodnošću (eng. „involuntary childlessness“), njihovo osmišljavanje svakodnevnice i budućnosti, kao i njihov odnos prema alternativnim načinima zasnivanja porodice. Međutim, žene u ovom uzorku su bile aktivne u postupcima vantelesne oplodnje za dobijanje prvog deteta, i uprkos dugim i ponovljenim postupcima, one i dalje (uglavnom) ne razmatraju život bez dece kao mogućnost.

Jedna grupa žena ostvaruje trudnoću i dolazi do porođaja, ali uz značajne stresore i gubitke. Iako je ostvareno ono što je zamišljeno kao cilj na početku postupka, moglo bi se argumentovati da njihova putanja prolaska kroz vantelesnu oplodnju više liči na treću grupu, kod kojih je prolazak kroz vantelesnu oplodnju angažovao sve resurse, nego na prvu grupu, gde do trudnoće dolazi bez gubitaka, relativno lako i za kratko vreme. Ova grupa žena se susreće sa čestim problemima sa zdravljem, intervencijama i stalnim privikavanjima na novu realnost. To su žene koje su imale i višeploidne trudnoće, prevremene porođaje, zabrinjavajuće prenatalne testove, ali opet, nakon svih tih iskustava, kući otišle sa bebom o kojoj mogu samostalno da brinu. U završnici, njihovi narativi su svakako drugačiji od žena koje nakon svih tih iskustava i dalje pokušavaju sa postupcima, međutim za njih su i trudnoća i porođaj bili stalni podsetnici na brige i poseban način začeća. Tokom svoje trudnoće one nisu imale priliku ni u jednom trenutku da se „opuste“ i pridruže drugim trudnicama u svakodnevnim brigama i preokupacijama, budući da su bile fokusirane na osiguravanje svog ili zdravljia ploda.

Na kraju, neke žene usled negativnih iskustava, i u skladu sa promenom svojih životnih planova, sasvim odustaju od vantelesne oplodnje, trudnoće i proširenja porodice, bar za sada. Ovakva putanja prolaska kroz vantelesnu oplodnju nije česta, kao ni dramatične okolnosti nakon kojih se dolazi do ovakve odluke. To opet ne znači da se osmišljava budućnost bez dece⁴⁵, već da se privremeno daje prioritet oporavku i obnavljanju kapaciteta.

Iz ove analize se može zaključiti da putanje prolaska kroz vantelesnu oplodnju zavise od karakteristika postupka, činjenice da se on sprovodi na ženskom telu sa svim njegovim specifičnostima, složenih zahteva koji angažuju sve raspoložive resurse žena, neizvesnog trajanja postupka i potencijala da vodi mnoštvu različitih i bolnih gubitaka. Ovi obrasci ne proizilaze samo iz individualnih razlika među ženama – one dolaze iz različitih okolnosti i privileguju različite vrste strategija, ali to ih ne štiti od nepredvidivosti i mogućih komplikacija tokom postupka. Preplavljujući karakter postupka prožima sve njegove faze i odražava se na osećaj nemoći koji žene doživljavaju suočene sa vantelesnom oplodnjom.

Praktične implikacije za tretman neplodnosti i odnos prema ženama u vantelesnoj oplodnji

Cilj ove studije bila je analiza ličnih perspektiva žena koje se nalaze u postupku vantelesne oplodnje. Njihove neposredne socijalne i psihološke potrebe povod su za formulisanje praktičnih implikacija koje bi njihovo iskustvo lečenja neplodnosti olakšalo. Na ovom mestu će biti diskutovani aspekti postupka vantelesne oplodnje koji otežavaju ovo iskustvo za žene, i čijim promenama bi se mogli napraviti pozitivni koraci ka uvažavanju potreba žena koje prolaze kroz postupak. Međutim, odgovornost za ublažavanje tereta stavljenog na žene ne leži samo na njenom neposrednom okruženju ili na pojedinačnim lekarima. Kritičko preispitivanje i biomedicinskih tehnologija i reproduktivnih politika je nužno za adekvatnu interpretaciju doživljaja žena i prepoznavanje prostora za promenu postojećih okolnosti.

Za početak, vantelesna oplodnja je postala dostupan oblik lečenja neplodnosti za sve koji ispunjavaju propisane zdravstvene parametre. Čak i kada to nije slučaj, oni mogu odlučiti da samostalno finansiraju postupke. Ispitivanje opravdanosti ovih parametara prevazilazi okvir ove studije,

⁴⁵ Teorijski, život bez dece se osmišljava tek nakon svih iscrpljenih mogućnosti. Dok lečenja traju ili se u perspektivi planiraju, žena se nosi sa identitetom neplodnosti dok identitet žene bez dece može prihvatiti tek kada se sva lečenja zaustave (Throsby, 2004).

ali se postavlja značajno pitanje da li psiho-fizička pripremljenost za još jedan postupak, kod žena koje su prošle više postupaka ili doživele gubitke, treba da figurira kao faktor pri proceni da li su spremne za započinjanje novog postupka. Ne treba pretpostavljati da žene lično ne vrše ovu procenu, ali treba podvući da neograničen broj vantelesnih do 45. godine stvara osećaj hitnosti, osećaj da se ni jedna prilika ne sme propustiti i da one moraju učiniti ono što je do njih, bez obzira na cenu. U razmatranju alternativnih rešenja mogu poslužiti podaci iz drugih zemalja. Na primer, prema podacima iz 2021. u Danskoj i Švedskoj se javno finansiraju tri postupka do četrdesete godine, u Španiji četiri postupka do 43. godine, a ovi parametri se menjaju ukoliko osobe odluče samostalno da finansiraju postupke, što još jednom ukazuje na kompleksnu spregu finansija i javnih politika (Fertility Europe, 2021). Još 2021. godine Grčka je sprovodila model sličan modelu u Srbiji danas, što je neograničen broj postupaka za žene do 50. godina. Međutim, prema poslednjim podacima, izgleda da ujednačena i sistemska psihološka podrška, osim u Nemačkoj, praktično nigde drugo nije postojala (Fertility Europe, 2021). Ukratko, značajno je preispitivati odluke o broju finansiranih vantelesnih oplodnji i starosti žena, upravo sa namerom zaštite njihovog zdravlja i blagostanja, naročito ukoliko ne postoje instance koje sistemski brinu o psihološkom stanju žene pre ulaska u novi postupak.

Dalje, žene ulaze u postupak vantelesne oplodnje u sociokulturnom okruženju koje od njih očekuje da postanu trudnice, pa majke, i koje ih za tu ulogu priprema tokom velikog dela života. Ova želja se mnogim ženama javlja kao autentična i susret sa neplodnošću je istinski izazov za identitet, međutim, o praktičnim implikacijama se ne može govoriti bez uvažavanja tog sociokulturnog konteksta. Dodatni pritisak je i prioritet biološkog roditeljstva, koji se u okvirima lečenja neplodnosti ni ne preispituje. Vantelesna oplodnja se tretira kao rutinska procedura sa jednostavnim rešenjem za problem neplodnosti, te se njeni zahtevi i posledice javno ni saopštavaju. U postupke vantelesne oplodnje se ulazi postepeno, odlaskom na prvi pregled žena je već na neki način u postupku, odnosno na putanju da do njega dođe, gde ne postoji dovoljno prilika za promišljanje i donošenje odluka. Dodatno, činjenica je da alternative zasnivanja porodice funkcionišu u odvojenim okvirima koji se ne susreću. U vantelesnu oplodnju se ulazi kroz medicinski kontekst, a u usvajanje dece kroz sistem socijalne zaštite. U Srbiji ne postoji sistem koji prihvata parove suočene sa neplodnošću i predlaže različite alternative. Na primer, Švedski savet za medicinsku etiku predlaže uvođenje teme usvojenja rano u procesu vantelesne oplodnje, kako bi se potrebe i ciljevi parova prepoznali rano i kako bi se dozvolilo informisano donošenje odluke (The Swedish National Council on Medical Ethics, 2013). U našoj zemlji je gornja starosna granica za žene u vantelesnoj oplodnji 45 godina, a usvojitelj ne može biti 45 godina stariji od usvojenika, što dalje otežava i taj proces, ukoliko se nakon iscrpljenih opcija lečenja, parovi odluče na usvojenje.

U okviru medicinskog konteksta je nešto jednostavnije izdvojiti prakse koje su jednoznačno problematične, te prepoznati na koji način baš klinički kontekst trenutno otežava iskustvo vantelesne oplodnje i na koje načine može imati ulogu u ublažavanju tereta koji vantelesna oplodnja ima za žene.

Jedna od praksi koju treba svakako revidirati je uključivanje muških partnera u postupak. Uključivanje muškarca u postupak šalje poruku o proširenju porodice kao zajedničkom zadatku i relaksira pritisak koji žene trpe. Dalje, oni u tom okruženju služe kao dodatna pomoć u primanju i prenosu informacija, pa umanjuju anksioznost kada je reč o prihvatanju novih vesti, usvajanju režima terapije i slično. Na kraju, oni služe i kao zaštita od potencijalnih uvreda ili nesavesnog tretmana na klinikama, što slično kao i u kontekstu porođaja znači da su žene u kliničkom kontekstu tretirane lošije ukoliko nemaju partnera pored sebe (Balde et al., 2022; Wahdan & Abu-Rmeileh, 2023). Stoga prisustvo partnera u postupcima, kraj žene, ne samo kada su njegovi nalazi ili pristanak neophodni, nego tokom svih važnih prekretnica u iskustvu, treba da bude sastavni deo odgovornih politika na klinikama.

Karakteristike postupka vantelesne oplodnje kao medicinske procedure su takođe polje za diskusiju. Rutinizirano i mehanicističko sagledavanje reproduktivnog sistema žena podržava mehanizme nadzora i kontrole njihovih tela, i čini gubitke vidljivijim. Istovremeno, njihovo neposredno iskustvo sa terapijom ili doživljaj tegoba se ne uzimaju kao relevantan podatak za modifikovanje nekih aspekata postupka. Njihova tela se prilagođavaju karakteristikama medicinske procedure, a ne obrnuto. Ukratko, u postupku vantelesne oplodnje, i u svim drugim postupcima koji ga okružuju, žene osećaju da njihovo iskustvo i blagostanje nisu prioritet. Iako bi briga o pacijentkinji centrirana na njene potrebe trebalo da bude standard (v. Ogden, 2004), pružanje medicinske nege u našoj zemlji, u državnim i u privatnim sistemima i dalje prati tradicionalne obrasce koji zanemaruju, ne samo socijalne i psihološke potrebe pacijenata, već i neposredne doživljaje neprijatnosti i bola, čak i kad su indikativni za potencijalno problematične ishode postupka. Ovo najviše važi za velike i opterećene sisteme, pa je važno još jednom prokomentarisati nesklad između broja finansiranih postupaka vantelesne oplodnje i kvaliteta nege. Treba podsetiti na javna istupanja državnih zvaničnika na temu uloge dostupnosti vantelesne oplodnje, čime je naglašen značaj koji se daje vantelesnoj oplodnji kao meri podizanja nataliteta (npr. „Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti“, 2019; „Sterilitet ne sme biti zabranjena tema - Milica Đurđević Stamenkovski o vantelesnoj oplodnji: Uz Božju pomoć i trud lekara uspeła sam iz prvog puta“, 2024). Istovremeno, ako prioritizovanje vantelesne oplodnje kao pronatalitetne mere ne prati humaniji tretman žena na klinici, onda je žensko telo samo još jednom instrumentalizovano za postizanje političkih ciljeva (Drezgić, 2008). Još pre više od dve decenije pisano je o ključnom značaju koji zadovoljstvo pacijentkinja ima za sprovođenje kvalitetnih postupaka vantelesne oplodnje (Alper et al., 2002).

Pored same karakteristike medicinske procedure stoje i prakse na klinikama koje značajno otežavaju iskustvo vantelesne oplodnje, i čije promene mogu doprineti rasterećivanju značajnog dela pritiska koji žene osećaju. Kao što je već rečeno, uključivanje partnera deo je odgovornih praksi, kako bi se bar teret informisanja i logistike ravnomerno rasporedio. Opterećenost brojem pacijentkinja je problem jasno komuniciran od strane mnogo žena i sasvim verovatno problem koji dele i druge grane medicine. U tom kontekstu, one se osećaju „samo kao broj“ ili „kao na traci“ usled čega ostaju uskraćene za informacije, ali takođe usled čega dolazi do propusta i grešaka sa ozbiljnim posledicama. Nega usmerena na pacijentkinju, odnosno centrirana na njene specifičnosti i potrebe, zapravo stoji u suprotnosti sa standardizovanim pristupom kakav je opisan ovde. Pacijentkinje u vantelesnoj oplodnji insistiraju na značaju pravovremenog i potpunog informisanja kako bi se umanjila neizvesnost i pomoglo u navigiranju narednih koraka u postupku, što je u skladu sa nalazima iz drugih zemalja poput Švedske i Italije (Holter et al., 2014; Borghi et al., 2019). Ženama bi informisano navigiranje kroz iskustvo omogućile informacije o, na primer, faktorima rizika za hiperstimulaciju (mladost i policistični ovarijalni sindrom) ili razlozima za vraćanje određenog broja embriona (na to utiču starost žene i kvalitet embriona o čemu žene kod nas uglavnom nisu obaveštene: v. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021). Pristup centriran na pacijentkinju u vantelesnoj oplodnji dalje bi značio uvažavanje aspekata iskustva koji su za nju lično značajni, kao što su uvremenjenost planiranja porodice, značaj biološkog roditeljstva ili doživljeno opterećenje (Duthie et al., 2017). Kapaciteti RFZO-a rastu ali je nejasno da li njih prati rast kadrovskih i materijalnih resursa koji bi omogućili ovu centriranost na potrebe pacijentkinja. Žene percipiraju „gužvu“ na klinikama kao sve veću, a opterećenost brojem pacijentkinja smanjuje vreme koje lekari provode sa njima, onemogućavaju adekvatan protok informacija i otvarajući prostor za greške. Drugim rečima, ravnomerna raspodela kapaciteta i utvrđivanje standarda kvaliteta i medicinske i psihološke nege koji bi važili za sve klinike i pojedinačne lekare značajno bi ublažilo sliku distanciranog i otuđujućeg kliničkog konteksta.

Na kraju, kvalitetan odnos sa lekarom može da ublaži teškoće izazvane karakteristikom postupka i opterećenošću na klinikama. Poverenje u lekare se lako gubi, zbog čega lekari pre svega treba da budu otelovljenje biopsihosocijalnog modela – da osluškuju potrebe pacijentkinja i uvažava-

vaju teret koji je na njima u svim delovima postupka, čak i kada nisu od medicinskog značaja (kao što je, na primer, negativan rezultat testa na trudnoću). Iskustva drugih zemalja ukazuju na nesumnjiv značaj adresiranja psiholoških potreba, odnosno empatičan odnos lekara prema pacijentkinjama (Švedska: Holter et al., 2014; SAD: Shandley et al., 2020).

Na nivou porodice i neposrednog okruženja, nastaju novi izazovi u pronalaženju preporuka sa jednoznačno pozitivnim efektima na blagostanje žena. Na primer, članovi porodice imaju ulogu u pružanju podrške, ne samo u emocionalnom smislu (štaviše, može se reći da je to i najmanje zastupljena uloga), već i u organizacionom. Budući da lečenje neplodnosti podrazumeva mnoštvo poseta lekaru, laboratorijskih analiza, a nekad i putovanja, članovi porodice, a najviše žene u porodici, ublažavaju ovaj logistički teret preuzimanjem zadataka koje bi inače obavljala žena koja je u postupku vantelesne oplodnje. Neposredne potrebe žena se efektivno adresiraju ovom tradicionalnom raspodelom poslova i može se reći da je, čak i takva, organizaciona podrška značajna za ublažavanje njihovog opterećenja. Međutim, takva podela je podsetnik na neravnopravnu raspodelu poslova u domaćinstvu i višestruko opterećenje žena koje postoji i van postupka vantelesne oplodnje (v. Bobić, 2018). U tom smislu, iako privremeno funkcionalno, preuzimanje tradicionalno ženskih poslova od strane drugih žena u porodici ne treba da služi kao standard, niti kao preporuka. Ukratko, neposredno okruženje žena, čak i kada je prividno podržavajuće, održava tradicionalne rodne uloge, vrši bar implicitne pritiske, i iako ne otežava neposredno iskustvo, reprodukuje iste sisteme koji su to iskustvo isprva i učinili teškim.

Na ovom tragu su i očekivanja koja žene imaju od partnera, odnosno uloge koje muški partneri uzimaju tokom postupka. Na primer, partneri su neretko vozači, osobe koje odvezu ženu na kliniku i čekaju je dok ne završi pregled, analizu ali intervenciju. Usled poslovnih zaduženja partnera ovo nije uvek moguće, što naglašava nesrazmeran pritisak na žene, ne samo u vantelesnoj oplodnji nego i u zasnivanju porodice uopšte. Žene su zadovoljne partnerima koji ne vrše dodatni pritisak, prihvataju dužinu i kompleksnost postupka i oslobađaju žene odgovornosti za njegov ishod. Iako partneri žena u uzorku ove studije nisu okrivljavajuće nastrojeni niti su vršili dodatan pritisak na žene, ženama je značajna eksplicitna potvrda da partnerstvo nije ugroženo i potreban im je razgovor o prioritetima i potencijalno zamišljanje zajedničke budućnosti ukoliko vantelesna oplodnja ne završi željenim ishodom. Emocionalna dostupnost partnera nije, dakle, samo prihvatanje emocija žena i umirivanje, već podrazumeva i adresiranje implicitnih strahova. Takva dinamika implicira da je odgovornost koju žene imaju za zasnivanje porodice toliko snažna, da partneri imaju zadatak da ih eksplicitno te odgovornosti oslobode, prihvatajući alternativne načine zasnivanja porodice ili zajednički život bez dece.

Zaključak

Ova studija bavila se življenim iskustvom vantelesne oplodnje kod žena u heteroseksualnim partnerstvima, koje se nalaze u postupcima za dobijanje prvog deteta. Istraživačke odluke u pogledu uzorka, te širi kontekst ovog istraživanje uticale su i na to koji aspekti iskustva će biti prisutniji od drugih i na koje načine će se pojavljivati.

Iako su fokus ove studije žene, one su u postupku vantelesne oplodnje sa svojim partnerima, odnosno, lečenju pristupaju kao par. Zbog toga, uloga partnera, njegova emocionalna dostupnost i praktična uključenost u medicinskom kontekstu značajno su figurirali u iskustvu žena. Vantelesna oplodnja je za njih postupak za dobijanje zajedničkog deteta, što pojačava njihova promišljanja o doprinosima muških partnera i o nejednakom opterećenju muškarca i žene u postupku. Dalje, radilo se o vantelesnoj oplodnji kao postupku lečenja neplodnosti usled čega su figurirale teme identitetskih promena, koje kod žena koje apliciraju na primer, za donaciju bez partnera (što je sada u Srbiji realna mogućnost) ne bi bile prisutne na potpuno isti način⁴⁶. Dodatna specifičnost uzorka je da su u njemu učestvovalе žene koje još uvek nemaju dete, što u praksi znači ili da prolaze kroz prvu vantelesnu oplodnju (manjina uzorka) ili da već imaju iskustva sa neuspešnim postupcima u svojoj istoriji. Njihova pozicija je takva da se nalaze na putu da prvi put postanu majke, što znači da su kroz celo iskustvo prisutni društveni pritisci i aktivna identitetska preispitivanja u vezi sa neplodnošću. Postupak vantelesne oplodnje je za ove žene način da pređu u narednu životnu fazu, a gubitak nikad nije vezan samo za specifičnu fazu postupka, već ih vraća na sam početak – život bez dece.

Širi kontekst ove studije je takav da su postupci vantelesne oplodnje u našoj zemlji finansirani iz RFZO-a, a samostalno ih finansiraju žene koje za to imaju mogućnosti, što znači da je finansijsko opterećenje prisutno u literaturi (v. Pasch et al., 2016) manje-više periferno za naš kontekst u ovom trenutku. Sve veća dostupnost i prisutnost vantelesne oplodnje kao dominantnog načina za rešavanje problema neplodnosti umanjuju i stigmatu koja je mogla, do nedavno, okruživati ovaj postupak (v. Kričković-Pele & Kostić, 2018).

U skladu sa istraživačkim odlukama, uključujući i karakteristike uzorka, treba istaći ograničenja ove studije. Najpre, uzorkovane su žene koje u svom iskustvu nemaju pozitivan ishod vantelesne oplodnje, odnosno žene u postupku za dobijanje prvog deteta. Žene koje su kroz iskustvo vantelesne oplodnje prošle bez gubitaka i relativno brzo, te na kraju prvog postupka ostvarile trudnoću nisu bile deo uzorka, osim ukoliko su prvi postupak i uspešnu trudnoću imale baš dok je ovo istraživanje trajalo (slučaj dve učesnice). Više učesnica je u svom iskustvu imalo dva ili više neuspešnih postupaka vantelesne oplodnje što je moglo u izvesnoj meri preglasiti učestalost negativnih iskustava.

Žene su uzorkovane putem društvenih mreža i pozvane na učešće u istraživanju koje je podrazumevalo onlajn ili uživo susrete, što je unekoliko ograničilo raznovrsnost u pogledu obrazovanja i socioekonomskog statusa učesnica (koriste tehnologiju, društvene mreže, komuniciraju sa drugima onlajn). Žene u ovoj studiji su obrazovane, uglavnom zaposlene, bez velikih finansijskih teškoća, sa rešenim pitanjima stanovanja. Istovremeno, spremne su da svoja

⁴⁶ Žene koje apliciraju na donaciju u našoj zemlji se ne nalaze u postupku lečenja neplodnosti (ili bar to ne važi za većinu njih). Neplodnost se, treba ponoviti, i definiše kao izostanak trudnoće nakon godinu dana nezaštićenih heteroseksualnih odnosa. Donacija, za žene bez (muškog) partnera, nije način lečenja neplodnosti nego ostvarivanja prava na roditeljstvo kada partner nije prisutan ili kada je žena u istopolnoj zajednici. Iako pritisak na žene da budu trudne i postanu majke postoji i van heteroseksualnog partnerstva, identitetska pitanja u vezi sa neplodnošću ne bi figurirala na isti način kod žena koje si istraživane u ovoj studiji.

iskustva podele, i to ne jednom, već kroz nekoliko razgovora, što implicira da su o svom iskustvu govorile i drugima i da teme reprodukcije lično ne tabuiziraju. Za studiju ovakve vrste je od najvećeg značaja to da su svoje iskustvo prihvatile i da o njemu mogu koherentno da govore. Iako su neke od učesnica podelile izrazito bolna, čak traumatična iskustva, svaka od njih je bila u stanju da kreira narativ o svom iskustvu i da čak i kada je reč o traumatičnim aspektima, izađe na kraj sa pitanjima u intervjuu. Drugim rečima, žene iz manjih sredina, gde su neplodnost i njeno lečenje tabuizirani do te mere da se o njima ne govori, nisu mogle biti učesnice ovog istraživanja, te su njihova iskustva ostala nepokrivena.

Na kraju, podaci ove studije zasnovani su na narativima i perspektivama žena, a u okviru studije analizirano je i njihovo društveno okruženje i medicinski kontekst. Drugim rečima, predstavljene su karakteristike konteksta na način na koji je figurirao u njihovom iskustvu, a u svetlu dosadašnjih istraživanja u domenu ženske reprodukcije. Ove karakteristike su za življeno iskustvo žena vrlo značajne, međutim, ne uključuju i analizu realnih okolnosti u okviru porodice, na klinikama, niti perspektivu medicinskog osoblja. Dalje, uzimajući u obzir delikatnost pozicije u kojoj se žene nalaze i teškoću sa kojom društveno okruženje odgovara na njihove potrebe, treba ukazati i na značaj perspektive osoba koje žene kroz ovo iskustvo podržavaju, ili koje čine njihovo neposredno okruženje, a koje u ovoj studiji nisu bile uključene. U tom smislu, uloge osoba koje figuriraju u iskustvima žena, uključujući i medicinsko osoblje, predstavljene su isključivo iz perspektiva tih žena, bez osvrta i na njihove specifične pozicije ili socijalne okolnosti.

Uzimajući u obzir domete ove studije, treba istaći i njene doprinose. Najpre, pružila je detaljan uvid u življeno iskustvo neplodnosti i vantelesne oplodnje iz perspektive žena, uvažavajući njihovu životnu fazu i socijalnu poziciju. Deset od dvadeset učesnica praćeno je kroz postupak, od njihovog inicijalnog suočavanja sa neplodnošću i sa vantelesnom oplodnjom, sve do saznanja o finalnom ishodu. Svi aspekti iskustva sagledavani su, u okviru neposrednih životnih okolnosti žena, ali i u okviru širih društvenih okolnosti, kao i njihovih stavova i očekivanja koja imaju od odraslog života i partnerstva. Perspektiva žena analizirana je dubinski, uz posebnu pažnju posvećenu svim objektivnim karakteristikama postupka, ali i svim psihološkim aspektima iskustva. Ovakav pristup oslanja se na prethodna istraživanja ženskih perspektiva u domenu reproduktivnih iskustava (Sekulić, 2016; Stanković, 2024), ali i na istraživanja posvećena razumevanju vantelesne oplodnje kao društvene prakse koja ima posledice po svakodnevnicu i identitet žena (Franklin, 2002; Thompson, 2005; Throsby, 2004). Posebno su istaknuta mesta na kojima žene preuzimaju aktivnu ulogu u iskustvu, donoseći odluke i čineći izbore koji se tiču njihovog blagostanja i lakšeg navigiranja kroz iskustvo. Posebna pažnja bila je posvećena ulozi koju neposredno društveno okruženje igra u iskustvu, pre svega partneri žena koje su u postupku. Pitanja neravnomernog opterećenja u postupku analizirana su i u kontekstu neravnomerne podele poslova između muškaraca i žena u drugim aspektima partnerskog funkcionisanja, na primer, pri prelasku u roditeljstvo (Bobić, 2018). Ova studija ukazala je na karakteristike i izazove zdravstvenog sistema u Srbiji i na načine na koje oni oblikuju iskustvo vantelesne oplodnje. Drugim rečima, iako se više autorki bavilo zdravstvenim sistemom u Srbiji i tretmanom žena unutar njega (Pantović, 2019; Stanković et al., 2017; Stanković, 2024) ova studija ukazala je na njegove specifičnosti kada je reč o lečenju neplodnosti. Iako je bilo ranijih istraživanja na temu vantelesne oplodnje u Srbiji (Jestrović, 2021; Kričković-Pele & Kostić, 2018), ova studija otišla je mimo izolovanih varijabli i sagledala celokupno iskustvo onako kako ga žene vide.

Sumirajući nalaze ove studije, življeno iskustvo vantelesne oplodnje obuhvata psihološke, logističke, socijalne i telesne aspekte. Psihološko iskustvo vantelesne oplodnje tiče se identitetskih promena, promišljanja budućnosti, emocionalnog života i uloge koju žena ima u nošenju sa emocionalnim aspektima ovog iskustva. Psihološko iskustvo žena u vantelesnoj oplodnji je kompleksno i promenljivo tokom postupka – od radosti i uzbuđenja povodom ulaska u potencijalno razrešenje problema, do očajanja i duboke tuge usled neuspeha. U logističkom smislu žene

doživljavaju ozbiljno opterećenje, ulažući svoje vreme i trud u informisanje, putovanje i lutanje kroz zdravstveni sistem. Iako logističke teškoće ne figuriraju u iskustvu kao aspekti od naročitog emocionalnog značaja, treba pomenuti da usklađivanje lečenja neplodnosti sa poslom i ostatkom svakodnevnice za žene nije jednostavan zadatak. Socijalni aspekt vantelesne oplodnje je višeslojan – uključuje navigiranje kroz odnose sa bliskim ljudima, promišljanje partnerskog odnosa, ali i različite odnose sa aspektima medicinskog konteksta (susrete i razmene sa medicinskim radnicima i drugim pacijentima). Na kraju, vantelesna oplodnja se sprovodi na telu žene, zavisi od njenog povinovnja medicinskim preporukama, kao i od praćenja i upravljanja ženskim telom. Telesno iskustvo se ne tiče samo logistike (na primer, vremena uzimanja terapije) već se tiče i celokupnog doživljaja vantelesne oplodnje – kao bolnog i izazovnog ili, pak, neproblematičnog iskustva. Telo postaje izvor i novih identitetskih pitanja, signal za dobre, ali i za loše vesti. U centru postupka vantelesne oplodnje nalaze se žene i svi navedeni aspekti su upravo za njih višestruko opterećujući, značajno više nego za njihove partnere.

Vantelesna oplodnja osmišljena je kao jedno od rešenja za pitanje neplodnosti koje pogađa, oko 17.5% odrasle populacije (WHO, 2023). U društvenom kontekstu koje vrednuje biološko roditeljstvo, vantelesna oplodnja je jedan od legitimnih (i poželjnih) načina ostvarivanja roditeljskog prava za osobe koje to ne mogu postići spontanim seksualnim odnosima. Međutim, prema mnogim karakteristikama analiziranim u ovoj studiji, postupak vantelesne oplodnje nije osmišljen imajući u vidu blagostanje žena koje kroz njega prolaze. On je logistički i emocionalno preplavljujuć, bolan i potencijalno životno ugrožavajuć, a žene su suočene sa nedostatkom prostora za aktivno učešće i navigiranje kroz sopstveno iskustvo. Kako bi vantelesna oplodnja prerasla u pravu meru brige o ženama, potrebno je najpre preispitati prioritet koji se u našoj zemlji daje vantelesnoj oplodnji naspram drugih načina ostvarivanja porodice, ili čak, naspram drugih načina osmišljavanja odraslog života. Dalje, značajno je razmotriti promene na svim nivoima zdravstvene zaštite (od domova zdravlja do klinika za vantelesnu oplodnju) i transformisati tradicionalni pristup pacijentkinjama u model centriran na njihove potrebe. To podrazumeva veće uključivanje partnera u postupak, uvažavanje briga koje žene imaju i telesnih reakcija na terapiju i ispravno, potpuno i blagovremeno informisanje pacijentkinja. Na kraju, da bi žene jednostavnije navigirale kroz ovo iskustvo potrebno je informisanje i osnaživanje njihovog neposrednog okruženja, naročito partnera, da uzmu aktivnu ulogu u logističkoj podršci, ostave prostor za deljenje tegoba i oslobode žene anksioznosti i pritiska povodom ostvarivanja trudnoće i roditeljstva.

Literatura

- Aarts, J. W., Faber, M. J., Cohlen, B. J., Van Oers, A., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2015). Lessons learned from the implementation of an online infertility community into an IVF clinic's daily practice. *Human Fertility*, 18(4), 238-247. <https://doi.org/10.3109/14647273.2015.1057901>
- Adamson, G. D., de Mouzon, J., Chambers, G. M., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., Banker, M. & Dyer, S. (2018). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world report on assisted reproductive technology, 2011. *Fertility and sterility*, 110(6), 1067-1080. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.039>
- Ainsworth-Smith, I. (2007). Early Pregnancy Loss. U J. Cockburn & M.E. Pawson (Ur.), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology* (pp. 247-254). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-84628-808-1_21
- Ako želite da usvojite dete, pripremite se za dugu i nimalo laku proceduru. (2023, avgust 20). N1. <https://n1info.rs/vesti/usvajanje-dece-procedura/>
- Alper, M. M., Brinsden, P. R., Fischer, R., & Wikland, M. (2002). Is your IVF programme good?. *Human Reproduction*, 17(1), 8-10. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.1.8>
- American Psychological Association, Division 35. (n.d.). *Historical highlights*. Preuzeto Januar 26, 2025, sa <https://www.apadivisions.org/division-35/about/heritage/historical-highlights>
- Applegarth, L. D. (2006). Individual counseling and psychotherapy. U S.N. Covington, & L. H., Burns (Ur.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 129-142). Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511547263>
- Ashworth, P. (2008). Conceptual foundations of qualitative psychology. U J.A. Smith (Ur.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 4-25). Sage publishing, London.
- Balde, M. D., Nasiri, K., Mehrtash, H., Soumah, A. M., Bohren, M. A., Irinyenikan, T. A., Maung, T. M., Thwin, D. D., Aderoba, K. A., Vogel, J. P., Moon, O. N., Adu-Bonsaffoh, K. & Tunçalp, Ö. (2022). Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ global health*, 5(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003564>
- Beauvoir, S. de. (1968). *The Second Sex*. Johnatan Cape.
- Bebac. (n.d.). *Vantelesna oplodnja*. Preuzeto Avgust 17, 2022, sa <https://bebac.com/vantelesna-oplodnja/>
- Bebac. (n.d.). *10 mitova o vantelesnoj oplodnji*. Preuzeto Avgust 17, 2022, sa <https://bebac.com/mitovi-o-vantelesnoj-oplodnji/>
- Beker, K., Janjić, B., & Čović, A. (2023). Izveštaj o pravima žena i rodnoj ravnopravnosti u Srbiji za 2023. godinu. Udruženje građanki FemPlatz, Pančevo. https://femplatz.org/library/reports/2024-03-19_PreneraZena_2023_SR.pdf
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1997). *Women's ways of knowing. The development of self, voice, and mind*. Basic books.
- Beograd finansira troškove četvrtog pokušaja vantelesne oplodnje. (2019, jul 25). N1. Preuzeto Januar 8, 2021, sa <http://rs.n1info.com/Zdravlje/a502698/Beograd-finansira-troskove-cetvrtog-pokusaja-vantelesne-oplodnje.html>

- Berg, B. J. & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 11–26. <https://doi.org/10.1007/bf00844765>
- Bjelica, A. (2017). Comparison of in vitro fertilization policy in Serbia and other European countries. *Timočki medicinski glasnik*, 42(4), 236-244. <http://dx.doi.org/10.5937/tmg1704236B>
- Blenner, J. L. (1990). Passage through infertility treatment: a stage theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 153-158. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00199.x>
- Bobić, M. V. (2018). Transition to parenthood: New insights into sociopsychological costs of childbearing. *Stanovništvo*, 56(1), 1-25. <https://doi.org/10.2298/STNV180403003B>
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social science & medicine*, 57(12), 2325-2341. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and sterility*, 64(4), 802-810. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)57858-3](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)57858-3)
- Bojović Jović D. (2016). *Psihološki problemi žena koje se leče zbog infertiliteta i njihove korelacije sa ishodom vantelesne oplodnje*. [Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu]. Nacionalni repozitorijum disertacija u Srbiji.
- Borghi, L., Leone, D., Poli, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., Lauretis, L. D., Ferraretti, A. P., Filippini, C., Giuffrida, G., Livi, C., Luehwink, A., Palermo, R., Revelli, A., Tomasi, G., Tomei, F. & Vegni, E. (2019). Patient-centered communication, patient satisfaction, and retention in care in assisted reproductive technology visits. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 36(6), 1135-1142. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01466-1>
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Burns, M. (2018). Where Trying to Conceive Becomes a Community Effort: A Digital Ethnography of Online Infertility Forums. *Sociology Honors Papers*, 4 https://digitalcommons.ursinus.edu/soc_hon/4?utm_source=digitalcommons.ursinus.edu%2Fsoc_hon%2F4&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Cairo, S., Darwiche, J., Tissot, H., Favez, N., Germond, M., Guex, P., Roten, Y. D., Frascarolo F. & Despland, J. N. (2012). Family interactions in IVF families: Change over the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 5-20. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2012.669830>
- Carroll, K. (2013). Infertile? The emotional labour of sensitive and feminist research methodologies. *Qualitative Research*, 13(5), 546-561. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1468794112455039>
- Cebert, M., Silva, S., & Stevenson, E. L. (2019). Are There Differences in Marital-Role Quality between Women and Their Male Partners Who Conceived Via IVF and Those Who Did Not?. *Journal of best practices in health professions diversity: research, education and policy*, 11(2), 135. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7462718/>
- Centar za mame. (n.d.). Akušersko nasilje — stara boljka žena u Srbiji. Preuzeto Avgust 17, 2022, sa <http://centarzamame.rs/blog/2021/04/27/akusersko-nasilje-stara-boljka-zena-u-srbiji/>

- Chan, C. H. Y., Lau, H. P. B., Tam, M. Y. J., & Ng, E. H. Y. (2016). A longitudinal study investigating the role of decisional conflicts and regret and short-term psychological adjustment after IVF treatment failure. *Human Reproduction*, 31(12), 2772-2780. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew233>
- Cleghorn, E. (2022). *Unwell women. A Journey through medicine and myth in a man-made world.* Weidenfeld & Nickolson.
- Coughlan, C., Walters, S., Ledger, W., & Li, T. C. (2014). A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(2), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.08.006>
- Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E., Seibring, A., Showstack, M. T., Applegarth, L., Davidson, M. & Perloe, M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23(3), 554-566. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem306>
- Covington, S. N. (2006a). Infertility counseling in practice: a collaborative reproductive healthcare model U S. N. Covington & L. H. Burns (Ur.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 493-507). Cambridge University Press.
- Covington, S. N. (2006b). Pregnancy loss. U S. N. Covington & L. H. Burns (Ur.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 290-304). Cambridge University Press.
- Covington, S. N. & Burns, L.H. (2006). Pregnancy after infertility. U S. N. Covington & L. H. Burns (Ur.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 440-458). Cambridge University Press
- Cunningham, N., & Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility—towards a relational model of care. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3428-3437. <https://doi.org/10.1111/jocn.12338>
- Czamanski-Cohen, J., Sarid, O., Cwikel, J., Levitas, E., & Har-Vardi, I. (2019). Are there preferred coping and communication strategies while undergoing IVF, and do cognitive behavioral interventions help? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 14(1), 20–32. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2018-0022>
- Čalija, J. (2011, septembar 8.). *Crkvena fondacija plaća veštačku oplodnju.* Politika. <https://www.politika.rs/sr/clanak/190537/Drustvo/Crkvena-fondacija-placa-vestacku-oplodnju#!>
- Darwiche, J., Lawrence, C., Vial, Y., Wunder, D., Stiefel, F., Germond, M., Despland, J.M. & De Roten, Y. (2014). Anxiety and psychological stress before prenatal screening in first-time mothers who conceived through IVF/ICSI or spontaneously. *Women & health*, 54(5), 474-485. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.897677>
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social science & medicine*, 38(8), 1125-1140. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3)
- Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 3(3), 336.
- Dornelles, L. M. N., MacCallum, F., Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2016). The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment:

- A qualitative Brazilian study. *Women and Birth*, 29(2), 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.012>
- Doucet, A. (2008). "From her side of the gossamer wall (s)": reflexivity and relational knowing. *Qualitative Sociology*, 31(1), 73-87. <http://dx.doi.org/10.1007/s11133-007-9090-9>
- Drezgić, R. (2004). Abortus, kontracepcija i rodni odnosi moći – makro i mikro plan. *Sociologija*, 46(2), 97-114. <https://doi.org/10.2298/SOC0402097D>
- Drezgić, R. (2008). From family planning to population policy: A paradigm shift in Serbian demography at the end of the 20th century. *Filozofija i društvo*, 19(3), 181-215. <https://doi.org/10.2298/FID0803181D>
- Drezgić, R. (2012). On Feminist Engagements with Bioethics. *Filozofija i društvo*, 23(4), 19-31. <https://doi.org/10.2298/FID1204019D>
- Duthie, E. A., Cooper, A., Davis, J. B., Schoyer, K. D., Sandlow, J., Strawn, E. Y., & Flynn, K. E. (2017). A conceptual framework for patient-centered fertility treatment. *Reproductive Health*, 14(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0375-5>
- Đorđević, K. (2018, februar 15.). *Pljušte kritike zbog slogana o natalitetu*. Politika. <https://www.politika.rs/sr/clanak/398400/Drustvo/Pljuste-kritike-zbog-slogana-o-natalitetu>
- Đorđević, K. (2021, februar 2.). *Manje rađaju i ređe nose burmu*. Politika. <https://www.politika.rs/scc/clanak/472076/manje-rada-ju-i-rede-nose-burmu>
- Đorđević, K. (2022, maj 5). *Pojedine surogat majke u Ukrajini nose i bebe iz Srbije*. Politika. <https://www.politika.rs/scc/clanak/506508/Pojedine-surogat-majke-u-Ukrajini-nose-i-bebe-iz-Srbije>
- Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti. (2019, jun 1). *Kolubarske vesti*. <https://www.kolubarske.rs/sr/vesti/valjevo/8607/>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erdem, K., & Apay, S. E. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International journal of fertility & sterility*, 8(3), 303. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4221518/>
- Erikson, E. (2008). *Identitet i životni ciklus*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human reproduction update*, 24(6), 731-749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Fertility Europe. (2021). *Atlas of Fertility Treatment Policy*. <https://fertilityeurope.eu/atlas/>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Forum Kutak (2017). *Antologija priča o neplodnosti*. Forum Kutak.
- Franklin, S. (2002). *Embodied progress: A cultural account of assisted conception*. Routledge.
- Freda, M. C., Devine, K. S., & Semelsberger, C. (2003). The lived experience of miscarriage after infertility. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(1), 16-23. <https://doi.org/10.1097/00005721-200301000-00005>

- Friedan, B. (2001). *The feminine mystique*. W. W. Norton & Company.
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual review of Anthropology*, 20(1), 311-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>
- González, L. R., & González, J. R. (2022). Virtual support communities on facebook about in vitro fertilization procedures. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 55, 168-182. <http://doi.org/10.15198/seeci.2022.55.e794>
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive biomedicine online*, 24(6), 670-679. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.002>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, 45(11), 1679-1704. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L. (2002). Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency. U M. Inhorn & F. Van Balen (Ur.), *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 101-118). University of California Press.
- Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L., & McQuillan, J. (2011). Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*, 26(8), 2101-2112. <https://doi.org/10.1093/humrep/der148>
- Gümüşsoy, S., Keskin, G., Çiçek, Ö., Yiğitoğlu, S., Kirazlı, G., & Yıldırım, G. Ö. (2021). Psychological problem areas of pregnant women diagnosed with abortus imminens as a result of assisted reproductive techniques: A comparative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 73-81. <https://doi.org/10.1111/ppc.12526>
- Ha'elyon, H., & Gross, C. (2011). The "lived pain" experience: The case of women undergoing IVF treatments. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.2989/IPJP.2011.11.1.5.1104>
- Habbema, J. D. F., Collins, J., Leridon, H., Evers, J. L., Lunenfeld, B., & teVelde, E. R. (2004). Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. *Human Reproduction*, 19(7), 1497-1501. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh303>
- Haelyon, H. (2010). The psychological needs of women undergoing IVF treatment. *Journal of Reproductive and Stem Cell Biotechnology*, 1(2), 212-218. <https://doi.org/10.1177/205891581000100208>
- Hammarberg, K., Baker, H. W. G., & Fisher, J. R. W. (2010). Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study. *Human Reproduction*, 25(11), 2815-2820. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq259>
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human reproduction update*, 15(3), 279-295. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp002>
- Heredia, A., Padilla, F., Castilla, J. A., & Garcia-Retamero, R. (2020). Effectiveness of a psychological intervention focused on stress management for women prior to IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 113-126. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1601170>
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF

- couples: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 153-162. <https://doi.org/10.3109/01674820309039669>
- Hoffman, J. (2022, jul, 5). Infertility Patients and Doctors Fear Abortion Bans Could Restrict IVF. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/07/05/health/ivf-embryos-roe-dobbs.html>
- Hollingworth, L. S. (1916). Social devices for impelling women to bear and rear children. *American Journal of Sociology*, 22(1), 19-29. <https://doi.org/10.1086/212572>
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction*, 21(12), 3295-3302. <https://doi.org/10.1093/humrep/del288>
- Holter, H., Sandin-Bojöö, A. K., Gejervall, A. L., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., & Bergh, C. (2014). Patient-centred quality of care in an IVF programme evaluated by men and women. *Human Reproduction*, 29(12), 2695-2703. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu254>
- Iancu, M. E., Albu, A. I., & Albu, D. N. (2023). Prolactin relationship with fertility and in vitro fertilization outcomes – A review of the literature. *Pharmaceuticals*, 16(1), 122. <https://doi.org/10.3390/ph16010122>
- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177-196. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.37.081407.085230>
- Institut za javno zdravlje “Dr Milan Jovanović Batut” (2022). Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije, 2021. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2022v1.pdf>
- International Federation of Fertility Societies. (2016). IFFS Surveillance 2016. *Global Reproductive Health*, 1(e1), 1-143. <https://doi.org/10.1097/GRH.0000000000000001>
- Ivković, Ž., Boneta, Ž., & Kanjić, S. (2014). „Dijete kao projekt” vs „daj dite materi” orodnjenost roditeljske brige o djeci. *Sociologija*, 56(4). <https://doi.org/10.2298/SOC1404495I>
- Jestrović, J. (2021). Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Novom Sadu]. Nacionalni repozitorijum disertacija u Srbiji.
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020a). Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću. *Psihološka istraživanja*, 23(2). <https://doi.org/10.5937/psistra23-26474>
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020b). Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti: značajnost različitih izvora podrške. *Primenjena psihologija*, 13(2), 169-189. <http://dx.doi.org/10.19090/pp.2020.2.169-189>
- Jing, X., Gu, W., Zhang, L., Miao, R., Xu, X., Wang, M., Ramachandran, H. J. & Wang, W. (2021). Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01525-9>
- Joelsson, L. S., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European psychiatry*, 45, 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.004>

- Jokić, D. & Davidov-Kesar, D. (2008, decembar 3). Sahranjivanje mrtvorodenčadi – bolno za roditelje. *Politika*. <https://www.politika.rs/scc/clanak/65769/sahranjivanje-mrtvorodencadi-bolno-za-roditelje>
- Kamel, R. M. (2013). Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *Journal of reproduction & infertility*, 14(3), 96-109. <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0932.1000156>
- Kiełek-Rataj, E., Wendołowska, A., Kalus, A., & Czyżowska, D. (2020). Openness and communication effects on relationship satisfaction in women experiencing infertility or miscarriage: a dyadic approach. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5721-5741. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165721>
- Klikovac, T. (2024). *Psihologija kriznih stanja*. Institut za psihologiju.
- Kondaveeti, N., Hamilton, J., Maher, B., Kirkham, C., Harrison, R. F., & Mocanu, E. V. (2011). Psychosocial trends in couples prior to commencement of in vitro fertilisation (IVF) treatment. *Human fertility*, 14(4), 218-223. <https://doi.org/10.3109/14647273.2011.633236>
- Kong, L., Shao, Y., Xia, J., Han, J., Zhan, Y., Liu, G., & Wang, X. (2019). Quantitative and qualitative analyses of psychological experience and adjustment of in vitro fertilization-embryo transfer patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 25, 8069–8077. <https://doi.org/10.12659/MSM.916627>
- Korolczuk, E. (2014). Terms of Engagement: Re-Defining Identity and Infertility On-line. *Culture Unbound: Journal of Current Cultural Research*, 6(2), 431-449. <https://doi.org/10.3384/cu.2000.1525.146431>
- Kreni Promeni (n.d.). Za Ministarstvo zdravlja STOP AKUŠERSKOM NASILJU! Omogućite besplatnu prатnju mamama na porođaju. <https://peticije.kreni-promeni.org/petitions/stop-akuserskom-nasilju-omogucite-besplatnu-pratnju-mamama-na-porodaju>
- Lande, Y., Seidman, D. S., Maman, E., Baum, M., & Hourvitz, A. (2015). Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments? *Gynecological Endocrinology*, 31(3), 233-236. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.982082>
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102–120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, M. (2017). Don't give up! A cyber-ethnography and discourse analysis of an online infertility patient forum. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41(3), 341-367. <https://doi.org/10.1007/s11013-016-9515-6>
- Lemmens, G. M. D., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T., & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body–mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19(8), 1917-1923. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh323>
- Lepetić, T. (2014). Nove reproduktivne tehnologije – novi oblici moći nad telom. *Antropologija*, 14(1). <https://www.antropologija.com/index.php/an/article/view/182>
- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W., & Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour research and therapy*, 77, 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.010>

- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and sterility*, 91(2), 387-394. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052>
- Malik, S. H., & Coulson, N. S. (2010). Coping with infertility online: an examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. *Patient education and counseling*, 81(2), 315-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.007>
- Malin, M., Hemminki, E., Räikkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M. L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social science & medicine*, 53(1), 123-133. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00317-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00317-8)
- Marecek, J. (2003). Dancing Through Minefields: Toward a Qualitative Stance in Psychology. U P. M. Camic, Rhodes, J.E. & Yardley, L. (Ur.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 49-69). APA. <http://dx.doi.org/10.1037/10595-004>
- Martin, E. (2001). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martinenghi, F., & Naghsh-Nejad, M. (2025). Career, Family, and IVF: The Impact of Involuntary Childlessness and Fertility Treatment. Institute for the Study of Labor. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5326115>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Matthews, R., & Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 641-649. <https://doi.org/10.2307/352050>
- Mazor, M.D. (1978). The Problem of Infertility. U: M. T. Notman & C. C. Nadelson (Ur.), *The Woman Patient. Women in Context*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-8840-5_11
- McMahon, C. A., Tennant, C., Ungerer, J., & Saunders, D. (1999). 'Don't count your chickens': A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 345-356. <https://doi.org/10.1080/02646839908404600>
- Meskus, M. (2012). Personalized ethics: The emergence and the effects in prenatal testing. *BioSocieties*, 7(4), 373-392. <http://dx.doi.org/10.1057/biosoc.2012.27>
- Meyers, M., Diamond, R., Kezur, D., Scharf, C., Weinshel, M., & Rait, D. S. (1995). An infertility primer for family therapists: I. Medical, social, and psychological dimensions. *Family Process*, 34(2), 219-229. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00219.x>
- Milanović, N. (2015). *Reproduktivne politike u Srbiji na početku XXI veka*. Zadužbina Andrejević.
- Milovanović, J. (2018). *Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoeфикаsnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života*. [Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu]. Nacionalni repozitorijum disertacija u Srbiji.
- Mitić, A. (2021, Avgust, 1). *Beba sve manje, žene sve kasnije rađaju – šta može da promeni zabrinjavajuću statistiku*. RTS. <https://www.rts.rs/lat/vesti/drustvo/4464028/natalitet-demografija-statistika-srbija.html>

- Morice, P., Josset, P., Chapron, C., & Dubuisson, J. B. (1995). History of infertility. *Human reproduction update*, 1(5), 497-504. <https://doi.org/10.1093/humupd/1.5.497>
- Narodni front. (n.d.). Odeljenje za artificijelnu reproduktivnu tehniku sa dnevnim bolnicom. Preuzeto Septembar 7, 2025, sa <http://gakfront.org/sr/odeljenje/9/odeljenje-za-artificijelnu-reproduktivnu-tehniku-sa-dnevnim-bolnicom>
- O'Connell, S. B. L., Gelgoot, E. N., Grunberg, P. H., Schinazi, J., Da Costa, D., Dennis, C. L., Rosberger, Z., & Zelkowitz, P. (2021). 'I felt less alone knowing I could contribute to the forum': psychological distress and use of an online infertility peer support forum. *Health psychology and behavioral medicine*, 9(1), 128–148. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1884556>
- Odlaganje roditeljstva i vantelesna oplodnja (2017, avgust, 10). Danas. <https://www.danas.rs/zivot/odlaganje-roditeljstva-i-vantelesna-oplodnja/>
- Ogden, J. (2004). Health psychology – a textbook. Open University Press.
- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 165(2), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033>
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). *The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis*. *British Journal of Health Psychology*, 3(1), 65–83. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00556.x>
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Tarlatzis, B. (2009). Experimental emotional disclosure in women undergoing infertility treatment: Are drop outs better off?. *Social science & medicine*, 69(5), 678-681. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.031>
- Pantovic, Lj. (2019). *Private within the Public: Negotiating Birth in Serbia*. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Pitsburgu]. Institutional Repository at the University in Pittsburgh.
- Pantović, Lj. (2021). Somebodies or nobody's patient: the importance of social positioning and informal relations during childbirth in Serbia. *Гласник Етнографског института САНУ*, 69(1), 205-225. <https://doi.org/10.2298/GEI2101205P>
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., & Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and sterility*, 98(2), 459-464. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.023>
- Paxson, H. (2003). With or against nature? IVF, gender and reproductive agency in Athens, Greece. *Social Science & Medicine*, 56(9), 1853-1866. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00209-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00209-5)
- Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(1), 64-72. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1289369>
- Peterson, B. D., Gold, L., & Feingold, T. (2007). The experience and influence of infertility: Considerations for couple counselors. *The Family Journal*, 15(3), 251–257. <https://doi.org/10.1177/1066480707301365>

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2023). Prevention of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline. *Fertility and sterility*, 121(2), 230–245. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.11.013>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technologies. (2021). Guidance on the limits to the number of embryos to transfer: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 116(3), 651–654. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.06.050>
- Präg, P., & Mills, M. C. (2017). Assisted reproductive technology in Europe: usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. U M. Kreyenfeld & D. Konietzka (Ur.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44667-7_14
- Pravilnik o državnom registru postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje. (2019). Republika Srbija.
- Prednacrt građanskog zakonika: Surogat materinstvo biće regulisano zaključivanjem ugovora kojim bi se predvideli razumni troškovi. (n.d.). *Paragraf*. Preuzeto Avgust 20, 2022, sa <https://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/141114/141114-stampa3.html>
- Radenković, G. (2011, septembar 14). Вештачка оплодња: Граница када човек постаје човек. *SPC*. http://www.spc.rs/sr/veshtachka_oplodnja_granica_kada_chovek_postaje_chovek
- Radojičić: Od jeseni besplatan i četvrti pokušaj vantelesne oplodnje. (2019, jul 29). *Politika*. <https://www.danas.rs/beograd/radojicic-od-jeseni-besplatan-i-cetvrti-pokusaj-vantelesne-oplodnje/>
- Ratković, M. (2018, februar 14). Uvredljiva rešenja konkursa za slogan kampanje za natalitet. *Peščanik*. <https://pescanik.net/uvredljiva-resenja-konkursa-za-slogan-kampanje-za-natalitet/>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2010) Vantelesna oplodnja. Preuzeto Avgust 5, 2022, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Vantelesna.pdf>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2022a) *Uputstvo za spovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja (BMPO)*. Preuzeto Avgust 5, 2022, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Uputstvo.pdf>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2022b). *Spisak ustanova sa kojima RFZO ima zaključen ugovor o pružanju usluga BMPO*. Preuzeto Avgust 5, 2022, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Spisak%20ustanova%20sa%20kojima%20RFZO%20ima%20zaključen%20ugovor%20o%20pružanju%20usluga%20BMPO.pdf>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2022c). *Lečenje neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja (BMPO) – preliminarni izveštaj*. Preuzeto Avgust 5, 2022, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Preliminarni%20Izvestaj%20o%20lečenju%20neplodnosti%20postupcima%20BMPO,010414.pdf>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2023) *Uputstvo za spovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja (BMPO)*. Preuzeto Januar 14, 2025, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Uputstvo%20za%20spovodjenje%20BMPO%2016.05.2023..pdf>
- Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2024) *Lečenje neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja*. Preliminarni izveštaj 1.1-2024-31.12..2024. Preuzeto Jul 6, 2025,

sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/Preliminarni%20Izvestaj%20o%20lecenju%20neplodnosti%20postupecima%20BMPO,01.07.2024.pdf>

Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2025). *Spisak ustanova sa kojima RFZO ima zaključen ugovor o pružanju usluga BMPO*. Preuzeto Jul 6, 2025, sa <https://www.rfzo.rs/download/vto/2025%20SPISAK%20USTANOVA%20ZA%20POSTUPAK%20VTO.pdf>

Republički zavod za statistiku. (2024). *Žene i muškarci u Republici Srbiji*. Beograd.

Rich, A. (1986). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. Norton & Company.

Russo, N. F. (1979). Overview: Sex roles, fertility and the motherhood mandate. *Psychology of women quarterly*, 4(1), 7-15. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1979.tb00695.x>

Rutherford, A., Marecek, J., & Sheese, K. (2013). Psychology of women and gender. U D. K. Freedheim & I. B. Weiner (Ur.), *Handbook of psychology: History of psychology* (pp. 279–301). John Wiley & Sons.

Sandelowski, M., & De Lacey, S. (2002). The Uses of a “Disease”: Infertility as Rhetorical Vehicle. U M. Inhorn & F. Van Balen (Ur.), *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 33-51). University of California Press.

Schaller, M. A., Griesinger, G., & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 293(5), 1137-1145. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4033-x>

Schiebinger L. (2003). Women's health and clinical trials. *The Journal of clinical investigation*, 112(7), 973–977. <https://doi.org/10.1172/JCI19993>

Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human reproduction*, 20(11), 3248-3256. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei193>

Seibel, M. M. (1997). Infertility: the impact of stress, the benefit of counseling. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 14(4), 181-183. <https://doi.org/10.1007/bf02766105>

Sekulić, N. M. (2015). Vrline neznanja, o reproduktivnosti i seksualnosti žena. U I. Jarić (Ur.), *Politike roditeljstva: iskustva, diskursi, institucionalne prakse* (pp. 57-81).

Sekulić, N. M. (2016). O kulturi rađanja – istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja. *Sociologija*, 58. <http://doi.org/10.2298/SOC16S1259S>

Sekulić, N. M. (2025). Human i bezbedan porođaj– preporuke Svetske zdravstvene organizacije i praksa u Srbiji. *Temida*, 28(1), 27-49. <https://doi.org/10.2298/TEM2501027S>

Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 585–594. <https://doi.org/10.1348/147608306X96992>

Shandley, L. M., Hipp, H. S., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S. L., McKenzie, L. J., & Kawwass, J. F. (2020). Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertility and sterility*, 113(4), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.12.040>

Shih, F. F., Chen, C. H., Chiao, C. Y., Li, C. R., Kuo, P. C., & Lai, T. J. (2015). Comparison of pregnancy stress between in vitro fertilization/embryo transfer and spontaneous pregnancy in

- women during early pregnancy. *Journal of Nursing Research*, 23(4), 280-289. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000089>
- Skočajić, M., & Stanković, B. (2020). The role of social support in the experience of abortion: a qualitative study of women's personal accounts. *Sociologija*, 62(2), 171-192. <http://dx.doi.org/10.2298/SOC2002171S>
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. U J. A. Smith (Ur.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53-80). Sage publishing. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776278.ch10>
- Smith, J. A. (1995). Semi structured interviewing and qualitative analysis. U J. A. Smith., R. Hare & L. V. Langenhove (Ur.), *Rethinking methods in qualitative psychology*. Sage publishing.
- Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L. & Katz, P. P. (2009). Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *The journal of sexual medicine*, 6(9), 2505-2515. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01383.x>
- Sormunen, T., Karlgren, K., Aanesen, A., Fossum, B., & Westerbotn, M. (2020). The role of social media for persons affected by infertility. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00964-0>
- Srbija i vantelesna oplodnja: Osamnaest godina duge i neizvesne borbe za bebu. (2021, jul 25). BBC. <https://www.bbc.com/serbian/lat/srbija-57926075>
- Stanković, B, Skočajić, M. & Đorđević, A. (2017). Upravljanje porođajem u Srbiji: Medicinske intervencije i porođajna iskustva. *Limes Plus*. 14(2). 197-225.
- Stanković, B. (2025). *Giving Birth To A Subject: Transition To Motherhood As An Embodied & Technologically Mediated Experience*. Springer Nature.
- Stanojević, D. T. (2015). *Oblikovanje novog očinstva kroz prakse očeva u Srbiji*. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu]. Nacionalni repozitorijum disertacija u Srbiji.
- Sterilitet ne sme biti zabranjena tema - Milica Đurđević Stamenkovski o vantelesnoj oplodnji: Uz Božju pomoć i trud lekara uspeła sam iz prvog puta. (2024, maj 21). BBC. <https://www.blic.rs/vesti/politika/milica-djurdjevic-stamenkovski-progovorila-o-vantelesnoj-oplodnji/f3jmbxj>
- Steuber, K. R., & Haunani Solomon, D. (2008). Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(5), 831-855. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407508096698>
- Stevenson, E. L., Trotter, K. J., Bergh, C., & Sloane, R. (2016). Pregnancy-related anxiety in women who conceive via in vitro fertilization: A mixed methods approach. *The Journal of perinatal education*, 25(3), 193-200. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.3.193>
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 115–120. <https://doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Sydsjö, G., Svanberg, A. S., Lampic, C., & Jablonowska, B. (2011). Relationships in IVF couples 20 years after treatment. *Human Reproduction*, 26(7), 1836-1842. <https://doi.org/10.1093/humrep/der131>

- Šansa za roditeljstvo, Ministarstvo zdravlja & Fondacija Nije svejedno. (2019, novembar, 6). *Vodič kroz proces vantelesne oplodnje*. Preuzeto Januar 10, 2021, <https://drive.google.com/file/d/1oXBq541UvBOOwPCpY2dGVmUfqgROBl-c/view>
- Šansa za roditeljstvo. (2020, Septembar, 30). *5000 parova dobilo pomoć od centra za VTO*. Preuzeto Februar 26, 2022, sa <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/5000-parova-dobilo-pomoc-od-centra-za-vto/>
- Šansa za roditeljstvo. (2021, decembar, 30) *Naše putovanje kroz surogat majčinstvo do bebe*. Preuzeto Avgust 6, 2022, sa <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/nase-putovanje-kroz-surogat-majcinstvo-do-bebe/>
- Šansa za roditeljstvo. (n.d.). *Zahtevi i ciljevi udruženja*. Preuzeto Avgust 6, 2022, sa <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/o-nama/zahtevi-i-ciljevi-udruzenja/>
- The Swedish National Council on Medical Ethics. (2013). Assisted reproduction – ethical aspects Summary of a report. <https://smer.se/wp-content/uploads/2013/03/Slutversion-sammanfattning-eng-Assisted-reproduction.pdf>
- Thompson, C. M. (2002). Fertile Ground: Feminists Theorize Infertility. U M. Inhorn & F. Van Balen (Ur.), *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 52-78). University of California Press.
- Thompson, C. M. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. MIT press.
- Tocariu, R., Stan, D., Mitroi, R. F., Căldăraru, D. E., Dinulescu, A., Dobre, C. E., & Brătilă, E. (2023). Incidence of complications among *in vitro* fertilization pregnancies. *Journal of medicine and life*, 16(3), 399–405. <https://doi.org/10.25122/jml-2023-0048>
- Todorova, I. L., & Kotzeva, T. (2003). Social discourses, women's resistive voices: Facing involuntary childlessness in Bulgaria. *Women's studies international forum*, 26(2), 139-151. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-5395\(03\)00018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-5395(03)00018-9)
- Todorova, I. L., & Kotzeva, T. (2006). Contextual shifts in Bulgarian women's identity in the face of infertility. *Psychology and Health*, 21(1), 123-141. <http://dx.doi.org/10.1080/14768320500143354>
- Tomanović, S., Stanojević, D., & Ljubičić, M. (2016). *Postajanje roditeljem u Srbiji. Sociološko istraživanje tranzicije u roditeljstvo*. Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Tuvić, S. (2024, mart, 24). U kojim porodilištima je dozvoljeno prisustvo oca na porođaju: Gde se ta usluga plaća i šta je potrebno od analiza. *Euronews*. <https://www.euronews.rs/srbija/drustvo/118134/u-kojim-porodilistima-je-dozvoljeno-prisustvo-oca-na-porodaju-gde-se-ta-usluga-placa-i-sta-je-potrebno-od-analiza/vest>
- Unger, R. K. (2001). Women as subjects, actors, and agents in the history of psychology. U R. K. Unger (Ur.), *Handbook of the Psychology of Women and Gender* (pp. 3-16). John Wiley & Sons.
- Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of human reproductive sciences*, 4(2), 80-85. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.86088>
- Van Balen, F., & Inhorn, M. (2002). *Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences*, U M. Inhorn & F. Van Balen (Ur.), *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 3-32). University of California Press.

- Van deer Akker, O. (2012). *Infertility* U O. Van deer Akker (Ur.), *Reproductive health psychology* (pp. 121-143). Wiley-Blackwell.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6), 1471-1480. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq030>
- Vantelesna oplodnja plaćena za 4.300 žena u 2019. (2019, januar 31). RTS. <http://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/drustvo/3404981/u-2019vantelesna-oplodnja-placena-za-4300-zena.html>
- Vantelesna owahdanplodnja u Srbiji: Stigli prvi paketi jajnih ćelija iz inostranstva - ko može da se prijavi za proceduru o trošku države (2023, januar, 25). BBC. <https://www.bbc.com/serbian/lat/srbija-63547579>
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., & Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234-1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human reproduction*, 20(8), 2253-2260. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>
- Vilig, K. (2016). *Kvaliteta istraživanja u psihologiji*. Clio.
- Vlajković, J. (2005). *Životne krize: prevencija i prevazilaženje*. IP „Žarko Albulj“.
- Vučičević, K. (2022, mart 7). „Izgubila sam bebu i tužila GAK Narodni front“: Ispovest Šapćanke Milice. *Danas*. <https://www.danas.rs/vesti/drustvo/izgubila-sam-bebu-i-tuzila-gak-narodni-front-ispovest-sapcanke-milice/>
- Wahdan, Y., & Abu-Rmeileh, N. M. (2023). The association between labor companionship and obstetric violence during childbirth in health facilities in five facilities in the occupied Palestinian territory. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 566. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05811-2>
- Weisstein, N. (1993). Psychology constructs the female, or the fantasy life of the male psychologist (with some attention to the fantasies of his friends the male biologist and the male anthropologist). U J.S. Bohan (Ur.), *Psychology, gender, and theory. Seldom seen, rarely heard: Women's place in psychology* (pp. 61-78). Westview Press.
- Wenzel, A. (2020). Infertility, Miscarriage, and Neonatal Loss. U S. B. Gulliver, L. M. Cohen (Ur.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (pp. 27-33). John Wiley & Sons Ltd.
- Whittaker, A., Gerrits, T., & Manderson, L. (2025). The Divine in the Clinic: Assisted Reproduction and Religious Practice in Ghana and South Africa. *Journal of religion and health*, 64(1), 369-384. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02222-1>
- WHO. (April, 4, 2023). *1 in 6 people globally affected by infertility*. Preuzeto Avgust 25, 2025, sa <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- WHO. (n.d.). *Infertility*. Preuzeto Avgust 25, 2025, sa https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1

- Wischmann, T., & Kentenich, H. (2017). A couple who cannot conceive: coping with infertility. U K. M. Paarlberg & H. B. M. van de Wiel (Ur.), *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology* (pp. 249-261). Springer.
- Wyns, C., De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M. S., Motrenko, T., Smeenk, J., Bergh, C., Tandler-Schneider, A., Rugescu, I. A., Vidakovic, S. & Goossens, V. (2021). ART in Europe, 2017: results generated from European registries by ESHRE. *Human reproduction open*, 2021(3). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab026>
- Yardley, L. (1996). Reconciling discursive and materialist perspectives on health and illness: A reconstruction of the biopsychosocial approach. *Theory & Psychology*, 6(3), 485–508. <https://doi.org/10.1177/0959354396063008>
- Ying, L., & Loke, A. Y. (2016). An analysis of the concept of partnership in the couples undergoing infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2015.1010676>
- Young, I. M. (2005). *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/0195161920.001.0001>
- Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji. (2017). Republika Srbija.
- Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji: Setom od devet pravilnika stvoren zakonski okvir za doniranje i pozajmljivanje reproduktivnog materijala. Banka će se nalaziti u Ginekološko-akušerskoj klinici u Višegradskoj. (n.d.). *Paragraf*. Preuzeto Septebar, 7, 2025, sa <https://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/240419/240419-vest8.html>
- Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama. (2005). Republika Srbija.

Prilozi

Prilog A: Agenda za prvi intervju

Uvod

Pre intervjuja učesnicima se podeli ili distribuirala preko onlajn platforme informisana saglasnost u kojoj dobiju podatke u vezi sa istraživanjem kao i objašnjenje šta znači učešće u istraživanju.

1. Kažite mi nešto o sebi (koliko imate godina, čime se bavite, koliko ste dugo sa partnerom)...
2. Kada se javila priča o detetu, kako je izgledao vaš život i vaše partnerstvo?
3. Opišite mi jedan od razgovora ili događaja kada se pomenula buduća porodica/dete.
4. Koliko dugo ste pokušavali prirodno da začnete trudnoću? Šta vas je navelo da potražite neku dodatnu pomoć?

Dolazak lekaru

Sve vrste pripremih aktivnosti, gde god se one javile, uvek se razmatraju u kontekstu prve VTO. Sve aktuelne aktivnosti se razmatraju u kontekstu aktuelne VTO. Učesnicama koje u trenutku razgovora ne prolaze kroz prvu vantelesnu oplodnju, postavljaju se ista ova pitanja, uz molbu da se prisete inicijalnog odlaska lekaru: Iako ste vi već prošli kroz postupke VTO, sada vas molim da razgovaramo o periodu pre prvog postupka.

5. Kada ste bili prvi put kod lekara, kome ste se obratili?
6. Kako je to izgledalo? (sa kim ste otišli, kada, kome ste rekli, kako ste se osećali, o čemu ste razmišljali...)
7. Šta ste mislili da će se dogoditi, šta će vam lekar reći, sugerisati?
8. Šta su bile prve preporuke lekara?
9. Kako ste se nosili sa time?
10. Gde su se, među tim događajima, nalazile osobe iz vašeg okruženja?

Ukoliko su prošle kroz druge intervencije, ispitivanje prohodnosti jajovoda, inseminacije, intervju će se na kratko zadržati i na tome. Dodatne procedure produžavaju period do ulaska u postupak VTO što je za žene blizu starosne granice problematično.

Ulazak u postupak

Učesnicama koje ne prolaze prvi put kroz VTO postavljaju se ista ova pitanja, uz redovnu refleksiju i na prethodne pokušaje: Sada ću vas zamoliti da mislite i da razgovaramo samo o ovoj vantelesnoj oplodnji, a gde god da mislite da je prikladno, slobodno uporedite sa ranijim pokušajem/pokušajima.

11. Kako su izgledali naredni koraci (prikupljanje analiza i dokumentacije)? Ko je bio prisutan iz vašeg okruženja, dok ste prolazili kroz to? Kako se oni prema vama ophode?
12. Kako ste se osećali pred odlazak na komisiju? *Možete li da mi uporedite sa prethodnim pokušajem/pokušajima?*
13. Trebalo je da odaberete kliniku u kojoj biste radili VTO, kako ste napravili taj izbor?

14. Ispričajte mi kako je izgledao sam „nastup“ pred komisijom: o čemu ste razmišljali i šta ste osećali u tim trenucima? *Možete li da mi uporedite sa prethodnim pokušajem/pokušajima?*

15. Koliko ste unapred znali šta će se događati, odnosno kako stimulacija izgleda? *Pitanje se postavlja imajući u vidu prvu VTO.*

16. Prisetite se perioda između dobijanja potvrde o uključenju i početka stimulacije: kako je to izgledalo, gde ste bili, o čemu ste razmišljali?

Stimulacija proizvodnje jajnih ćelija

17. Opišite mi jedan tipičan razgovor sa vašim ginekologom: kakva je atmosfera, šta vam govori, koliko dugo se zadržite, ko je sve prisutan?

18. Sada je stimulacija počela, kako se osećate? Dokle ste stigli sa stimulacijom? Koliko često odlazite na kliniku?

19. Opišite mi kako vam izgleda tipičan (radni)dan, gde se uklapa uzimanje hormona?

20. Kako se osećate dok o tome razmišljate?

21. Šta vam je sve važno u ovom trenutku? Šta vam je potrebno – od okruženja, logistički, emocionalno...

U zavisnosti od odgovora učesnica pitaju se – kako se opušate, na koje načine se smirujete, šta vam pomaže... Neke od učesnica su naročito optimistične u ovom periodu pa se pitanja prilagođavaju i tome – šta vas čini takvom (srećnom, dobro raspoloženom)?

Prilog B: Agenda za kasnije intervju

Ovaj intervju se obavlja nakon prvog neuspeha (koji može doći već i ako učesnica ne reaguje na stimulaciju, ali i nakon toga). Ukoliko se postupak sve vreme odvija uspešno, prvi sledeći razgovor odvija se nakon saopštenja rezultatima Beta HCG testa. Pitanja se prilagođavaju situaciji koja je za svaku učesnicu specifična.

1. Ispričajte mi šta se događalo od našeg poslednjeg razgovora? Kako je izgledao vaš život?

Ukoliko su došle do saopštenja embriologa i do inseminacije, na ta iskustva se obraća najveća pažnja. Kako ona izgledaju i kakvim su osećanjima praćena.

2. Ko vam je saopštio (vesti o (ne)uspehu)? Kako je to izgledalo? *Razdvojiti saopštenja embriologa od saopštenja o Beta HCG testu.*

3. Kako ste se osećali u tim trenucima? Šta ste zatim učinili?

4. Kako ste sada, o čemu razmišljate? Kako se nosite sa situacijom?

5. Šta vam je sada važno?

6. U koje osobe se možete uzdati, imati poverenja? A šta je sa drugim osobama?

7. Šta vas očekuje u narednom period? Koji je naredni korak?

Prilog C: Informisana saglasnost

Informisana saglasnost će zbog razmene kontakata i evidencije biti inicijalno distribuirana putem onlajn platforme Gugl forms. Kompletna saglasnost sa obrascima za ispunjavanje podataka dostupna je na linku: <https://forms.gle/YygGrsiSVtHNyJ91A>

Učesnice će me u nastavku istraživanja kontaktirati i nezavisno od formulara ili putem štampanog formulara distribuiranog na klinikama. U nastavku se nalazi tekst saglasnosti.

Poštovane učesnice, sagovornice, informantkinje,

U nastavku ćete videti poziv za učešće u doktorskom istraživanju sa odeljenja za psihologiju. Istraživanje se bavi ženama koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju. Ukoliko obavljate analize, čekate komisiju, primete hormone, čekate embriotransfer - možete biti učesnice.

Ispitujem kako izgleda prolaziti kroz vantelesnu oplodnju, uzimajući u obzir čitavo iskustvo: posete lekarima, odnose sa najbližima, osećanja, razmišljanja, očekivanja i planove. Vodiću intervjue ("jedan na jedan", uživo ili putem onlajn poziva) sa ženama tokom i na kraju postupka, u zavisnosti od našeg dogovora. Razgovori uživo mogu biti održani u Beogradu dok razgovori sa ženama iz drugim mesta možemo održati putem video poziva.

Imajući ovo u vidu, učešće u istraživanju podrazmeva jedan ili dva intervjua sa mnom. Intervjui ovog tipa u proseku traju oko sat vremena, međutim to će zavisiti i od toga koliko toga budete želele da kažete i koliko detaljno. Moje nastojanje je da intervjui i učesnicima budu prijatni i potencijalno korisni u nošenju sa ovim iskustvom.

Ukoliko odlučite da učestvujete u istraživanju, u najskorijem roku ćemo se dogovoriti oko vremena i mesta za prvi intervju. Ukoliko niste sigurne i želite da saznate više pre nego što odlučite, možete i to učiniti.

Kako bih bila u mogućnosti da detaljno analiziram ono o čemu budemo razgovarale, značilo bi mi da napravim audio snimak intervjua. Moja etička dužnost je da poštujem vašu anonimnost, tako da Vaše ime, grad iz kojeg dolazite, radno mesto i drugi podaci neće biti objavljeni. Drugi prikupljeni podaci koristiće se isključivo u istraživačke svrhe. Svaka učesnica može da odustane od učešća u bilo kom trenutku istraživanja.

Hvala svima koji će razmotriti ovaj poziv ili ga podeliti sa svojim poznanicama, prijateljicama, rođakama. Poziv važi i za žene koje ne koriste društvene mreže, one me mogu kontaktirati mejlom ili telefonom nezavisno od ovog formulara.

Prilog D. Odobrenje komisije za ocenu etičnosti istraživanja

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ



UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHILOSOPHY

KOMISIJA ZA OCENU ETIČNOSTI ISTRAŽIVANJA

Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

Predmet: Protokol #2022-057

Datum podnošenja: 20.07.2022.

Glavni istraživač: Milica Skočajić

Afilijacija: Filozofski fakultet UB

Naziv istraživanja: **Vantelesna oplodnja iz perspektive žena – lična iskustva u okviru društvenih značenja**

Period važenja: avgust 2022. – septembar 2023.

Datum odobrenja: 23.07.2022.

Odluka: Na osnovu uvida u priloženu dokumentaciju, Komisija iznosi mišljenje da su nacrt i plan realizacije istraživanja u skladu sa Etičkim kodeksom, čime se obezbeđuje zaštita ispitanika od mogućih povreda njihove psihosocijalne i fizičke dobrobiti. Ukoliko dođe do značajnih izmena u nacrtu ili izvođenju istraživanja, molimo Vas da se obratite Komisiji sa zahtevom za izmenu ili obnovu odobrenja.

dr Ksenija Krstić, vanredni profesor

dr Iris Žeželj, vanredni profesor

dr Nikola Petrović, docent

dr Kaja Damjanović, docent, naučni saradnik

dr Ljiljana Lazarević, viši naučni saradnik

www.fbg.ac.rs; info@fbg.ac.rs

Чика Љубина 18-20, 11000 Београд; тел. 011 2639 119, fax 011 2639 356
Čika Ljubina 18-20, 11000 Belgrade, Serbia; tel. +381 11 2639 119, fax +381 11 2639 356

Biografija autorke

Milica Skočajić rođena je 1992. godine u Kosovu Polju. Osnovnu školu završila je u Budvi, a Petu beogradsku gimnaziju u Beogradu. Osnovne studije psihologije završila je 2016. godine na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu sa prosekom 8.77. Master studije na istom odeljenju završila je naredne godine sa prosekom 10 i odbranivši master rad *Psihosocijalni aspekti abortusa – analiza abortusa kao ličnog doživljaja*. Nakon upisivanja doktorskih studija radila je kao saradnica u nastavi na Odeljenjima za psihologiju Filozofskog fakulteta i Fakulteta za Medije i Komunikacije, a poslednje tri godine radi na Odeljenju za psihologiju i biznis na Fakultetu za Ekonomiju, Finansije i Administraciju u Beogradu. Sarađivala je na projektima naučnih instituta i prezentovala na nekoliko lokalnih i međunarodnih konferencija. Objavila je tri rada u domaćim časopisima i jedan rad u međunarodnom časopisu. Od 2019. godine zaposlena je kao školski psiholog u gimnaziji, a od 2020. i kao nastavnica psihologije u programu međunarodne mature.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора _____ Милица Скочајић _____

Број индекса 404-17-0005

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Вантелесна оплодња из перспективе жена – лична искуства у оквиру друштвених

значења

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Милица Скочајић

Број индекса 404-17-0005

Студијски програм Психологија

Наслов рада Вантелесна оплодња из перспективе жена – лична искуства
у оквиру друштвених значења

Ментор проф. др Биљана Станковић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Вантелесна оплодња из перспективе жена – лична искуства у оквиру друштвених значења

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.

Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, _____

1. **Ауторство.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваје умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.