Filozofski fakultet
Univerzitet u Beogradu
Odeljenje za psihologiju

Milica Skočajić

Vantelesna oplodnja iz perspektive žena – lična iskustva u okviru društvenih značenja

Predlog teme doktorske disertacije

Mentorka

Biljana Stanković

Članice komisije

Red. prof. dr Tamara Džamonja Ignjatović

Vanr. prof. dr Tamara Klikovac

Vanr. prof. dr Marina Simić

Beograd, mart, 2020.

SADRŽAJ

UVOD 1

RODITELJSTVO I NEPLODNOST: ZNAČAJ ZA IDENTITET I PARTNERSKE ODNOSE ... 3

Orodnjenost borbe s neplodnošću 4

VANTELESNA OPLODNJA: MEDICINSKI I POLITIČKI ASPEKTI 5

Feminističke kritike 7

LIČNA ISKUSTVA BORBE SA NEPLODNOŠĆU 9

Neizvesnost i gubitak kontrole 10

Trudnoće i pobačaji 11

Socijalni odnosi 12

CILJ ISTRAŽIVANJA 14

Značaj istraživanja 16

METOD 16

Učesnice 16

Prikupljanje materijala 17

Planiranje porodice i želje za decom 18

Donošenje odluke o vantelesnoj oplodnji. 18

Prolazak kroz proceduru vantelesne oplodnje 19

Donošenje odluke o „daljim koracima“ nakon završetka procedure 19

Plan analize materijala 19

PLANIRAN SADRŽAJ DISERTACIJE 21

LITERATURA 22

UVOD

Pitanja u vezi sa reprodukcijom, posebno ona o plodnosti i neplodnosti, perzistiraju u javnom i naučnom diskursu i pokrivanju čitav spektar tema, od psiholoških, kao što su pitanja identiteta i planiranja porodice, socioloških i demografskih – pitanja nataliteta i kretanja stanovništva, ali i bioloških i fizioloških, kao što su pitanja (ne)mogućnosti da se začne dete, kontracepcije i rađanja. Sve u svemu, plodnost i neplodnost ograđuju široko i složeno interdisciplinarno polje, gde se svaki od navedenih aspekata može analizirati na razne načine, koji uključuju i planiranje akcija u smeru npr. smanjenja opadanja nataliteta ili pružanje psihološke podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću.

Jedan od najučestalijih načina lečenja neplodnosti je vantelesna oplodnja i u ovom radu baviću se subjektivnim aspektima ovog fenomena. Fokusiraću se na analizu iskustava žena, što je odluka koja ću detaljno razmotriti u narednim odeljcima. Iskustvo vantelesne oplodnje je, bez obzira na razne okolnosti koje ga okružuju, izrazito psihološki izazovno. Ipak, ne treba zanemariti ni društveni kontekst u kojem se ova iskustva formiraju, kao što su aktuelna izdvajanja republičkog zavoda za osiguranje, populacione politike, medicinska i tehnološka dostignuća i rodne uloge. U tom smislu, razumevanje ličnih iskustava jedino je kompletno uz sagledavanje i relevantnih društvenih oklonosti.

Neplodnost se u medicinskim naukama definiše kao nemogućnost osoba da ostvare i održe trudnoću nakon duže od godinu dana nezaštićenih seksualnih odnosa (WHO, n.d). Termin koji se u ovom kontekstu najčešće koristi je *sterilitet*, ali zbog strogo medicinskog prizvuka ove reči, u ovom radu koristiću reč *neplodnost*. Neplodnost može biti objašnjena „muškim“ ili „ženskim“ faktorom, dok se izvestan broj slučajeva ne može objasniti medicinskim (fizičkim, fiziološkim) uzrocima koji potiču, bilo od žene, bilo od muškarca. Može biti primarna i sekundarna, u zavisnosti od toga da li par[1] već ima dece u trenutku kada pokušava da začne i održi trudnoću (Habbema, et al., 2004).

Znanja i prakse u vezi sa neplodnošću oblikovane su kulturno i istorijski. Plodnost je bila (i danas je) veoma važno pitanje u mnogim civilizacijama, i često se vezuje za ženu i žensko telo (simboli plodnosti obično su figure žena, sa ili bez dece). Ideje o plodnosti i neplodnosti menjale

[1]Najveći broj radova koji se bavi neplodnošći analizira ovo iskustvo iz perspective parova, dok je u Srbiji zakonska regulativa takva da je ulazak u procedure lečenja dostupan samo osobama u partnerskoj zajednici. Zbog toga ću govoriti o parovima na svim mestima gde eksplicitno nije naglašeno da se radi samo o ženama.

su se sa izgradnjom medicinskog znanja, ali su ujedno bile i u vezi sa položajem žena u društvu. Egalitarnija društva skretala su pažnju i na takozvani „muški faktor“ (Egipat), manje egalitarna društva neplodnost su pripisivala religijskim uzrocima, kao što je kazna za greh (Zapadno društvo u Srednjem veku), a sa napretkom medicine, uočavani su, ili su bar pretpostavljani fizički uzroci za neplodnost (Morice, Josset, Chapron & Dubuisson, 1995). Danas se, u našem okruženju, neplodnost uglavnom izučava i leči putem medicinskih i tehnoloških postignuća. U Srbiji, lečenje neplodnosti regulisano je i zakonom (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, Službeni glasnik, 2017). Pored toga, neplodnost je aktuelna tema u okviru populacionih rasprava, gde se kao mera podizanja nataliteta pominje finansiranje postupaka vantelesne oplodnje. Budući da ovi diskursi sagledavaju neplodnost samo kroz njeno lečenje, o ovim aspektima govoriću u odeljku namenjenom vantelesnoj oplodnji, kao proceduri koja se u ovom kontekstu najviše pominje (*Vantelesna oplodnja: medicinski i politički aspekti*).

Analize broja osoba suočenih sa neplodnošću predstavljaju svojevrstan izazov. Evidenciju je moguće voditi samo među osobama koje traže lečenje neplodnosti, odnosno ulaze u sistem zdravstvene zaštite po tom osnovu. Procene o učestalosti na svetskom nivou ozbiljno variraju – ukazuju na to da neplodnost pogađa između svakog desetog (Deka & Sarma, 2010) i svakog četvrtog para (IFFS, 2016). Podaci u Srbiji su nesistematizovani i sporadični jer nema objedinjenog registra. Koriste nam podaci zdravstvenog godišnjaka koji govore o osobama na stacionarnom lečenju neplodnosti – u 2017. godini bilo ih je 6560[2] (Institut za javno zdravlje, 2018). Drugi navodi ukazuju na to da tokom jedne godine (u ovom slučaju, 2019), republički fond za zdravstveno osiguranje izdvaja sredstva za procedure vantelesne oplodnje za između tri i četiri i po hiljade parova („Vantelesna oplodnja plaćena za 4.300 žena u 2019.”, 2019). Razlika između ove dve vrste podataka opravdana je, jer lečenje neplodnosti podrazumeva razne vrste medicinskih intervencija koje ne uključuju nužno vantelesnu oplodnju.

Problemi sa podacima nisu prosto statističke prirode – ovako nesistematizovani, oni nam ne govore ništa o broju osoba koji se leče na privatnim klinikama o sopstvenom trošku. Čak i kad je reč o državnim klinikama, ovi podaci nam ne ukazuju na osobe koje kroz lečenje neplodnosti prolaze više puta i da li se oslanjaju na tri pokušaja finansirana iz republičkog fonda ili nastavljaju lečenje o sopstvenom trošku. Ukratko, ovi brojevi nam nešto govore o broju

[2] *Sterilitet* je najčešće korišćen medicinski termin; u Zakonu o biomedicinski potpomognutoj oplodnji na problem neplodnosti referira se kao na sterilitet;

procedura u državno finasiranoj praksi, ali značajno manje o broju osoba koje kroz njih prolaze u našoj zemlji.

RODITELJSTVO I NEPLODNOST: ZNAČAJ ZA IDENTITET I PARTNERSKE ODNOSE

Roditeljstvo je jedna od ključnih prekretnica u životnom ciklusu i za mnoge čini okosnicu identiteta – čak i pre nego što postanu roditelji (Guttman, 1975). Radi se o fazi životnog ciklusa koja je izrazito važna za mnoge osobe, naročito one u partnerskoj zajednici i najčešće se njen dolazak ne dovodi u pitanje. Proširenje porodice je „prirodan nastavak“ stabilnog partnerstva (Cunningham & Cunningham, 2013). Dolazak deteta se podrazumeva i očekuje se „prirodno“ i „automatski“ (Franklin, 1997). Roditeljstvo je imperativ za mnoge ljude, odrasli život se retko zamišlja kao život bez formiranja sekundarne porodice (Guttman, 1975). Suočavanje sa neplodnošću kreira jaz između razrađenih životnih planova, koji se često grade čitavog života, i ograničenja koja donosi neplodnost (Franklin, 1997). Ove pretpostavke se, pred dijagnozom neplodnosti menjaju, a pored toga, zahtevaju i izmenu, ili bar odlaganje planova za neposrednu budućnost (Matthews & Matthews, 1986). Eventualni dolazak dece za osobe suočene sa neplodnošću više nije automatski i „normalan“ događaj, već znak dugačke borbe i ukidanja negativnog identiteta kreiranih u međuvremenu (Meyers, et al., 1995).

Sučeni sa barijerom u ostvarivanju važnih, ili štaviše ključnih životnih planova, parovi se nalaze u neodređenom prostoru, u kojem, osim planiranja porodice, i drugi planovi ostanu odloženi. Kontrola koju parovi često osećaju po pitanju svoje budućnosti se gubi, što je naročito upadljivo kod parova koji ulaze u procedure lečenja neplodnosti koje često traju veoma dugo i troše mnogo resursa (Matthews & Matthews, 1986). Ukoliko je bazirana na kreiranju sekundarne porodice, njihova isplanirana budućnost gubi čvrste oslonce. Pored toga, suočavanje sa neplodnošću i ulazak u lečenje često vodi tome da ponestane i vremena ili prostora za razvoj karijere, prijateljstava ili partnerstva – ostvarivanje želje za detetom postaje često prioritet zbog kojeg sve ostalo ostaje skrajnuto (Franklin, 1997). Ovo ne znači samo da ovi aspekti postaju sekundarni u smislu toga da zauzimaju manje vremena, već postaju i periferni i manje značajni u životu osoba (Todorova & Kotzeva, 2006).

Budući da se često indentitet osoba, bilo individualan bilo partnerski zasniva na postajanju roditeljima, suočavanje sa neplodnošću ima važne posledice po viđenje sebe ili

partnerske zajednice. 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).

Dok je roditeljstvo način na koji se potvrđuje i rodnost, odnosno, femininost/maskulinost, nemogućnost začeća čini da se osobe osećaju kao da ih telo izdaje i da ne ostvaruju ključni aspekt svoje rodnosti (Franklin, 1997; Todorova & Kotzeva, 2006). Ovo je naročito važno za 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). Uostalom, čak i kada se žene fleksibilno odnose prema svojoj rodnoj ulozi i njihovo neposredno okruženje to prihvata ili bar toleriše, odbacivanje uloge majke, odnosno odlaganje rađanja i zasnivanja porodice retko se shvata fleksibilno i u okruženju se sankcioniše. Štaviše, sve aktivnosti u koje se žena upušta tradicionalno se ocenjuju kroz njihovu prilagodljivost majčinskim obavezama, odnosno dužnostima prema kući i deci (Russo, 1979). 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). Identitet neplodnosti za njih može značiti nepotpunost ili neostvarenost, ali istovremeno i „drugost", odnosno mogu se osećati radikalno drugačijim i izopštenim (Todorova & Kotzeva, 2006).

Međutim, uočena je „podgrupa" osoba koja odbija usvajanje ovakvog negativnog identiteta, odnosno osoba koje prihvataju nemogućnost da dobiju dete i okreću se ka izgradnji drugih aspekata života i potencijalno ka drugim načinima zasnivanja porodice (Korolczuk, 2014). Ovakve osobe su, može se reći, relativno retke ili bar manje upadljive (to mogu biti osobe koje ne ulaze u procedure lečenja i ostaju nevidljive).

Neplodnost je izvesno u snažnoj vezi sa rodnim i partnerskim identitom, te nužno dovodi osobe u poziciju promišljanja svog identiteta – bilo da ovo promišljanje ima negativne ili pozitivne ishode, učestalije je i važnije za žene, o čemu će biti reči u narednom odeljku.

Orodnjenost borbe s neplodnošću

Budući da su u slučaju borbe s neplodnošću lični doživljaji osoba u izvesnoj meri oblikovani društvenim očekivanjima i pritiscima različito usmerenim na muškarce i žene, ona se može percipirati kao orodnjeno iskustvo (kao i kada su neka druga iskustava i prakse u pitanju,

npr. roditeljska briga: Ivković, Boneta i Kanić, 2014). Kao što ću u narednim poglavljima detaljno elaborirati, imperativ roditeljstva intenzivniji je kada su žene u pitanju i pritisak neplodnosti je za njih snažniji.

Svakako ne treba umanjivati značaj koji neplodnost ima u životima muškaraca. Neplodnost je za njih demaskulinizujuća, čak i na nivou zajedničke partnerske borbe, a naročito ako problemi sa začećem dolaze od njih (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008). Istovremeno, očinstvo jeste važan aspekt identiteta muškaraca, iako postoje izvesne razlike u odnosu na žene (ovaj aspekt je kod njih manje izražen i sa takvom željom ili društvenim pritiscima u vezi sa očinstvom muškarci se sreću kasnije u životu) (Stanojević, 2015).

Međutim, borba sa neplodnošću se ne završava izneveravanjem društvenih i ličnih očekivanja o roditeljstvu. Ulazak u proceduru vantelesne oplodnje, kao što je već opisano, zahtevan je i skup proces kao i gotovo u potpunosti baziran na tretiranju žene kao pacijentkinje. Tokom cele procedure koja podrazumeva česte posete lekaru, samostalno apliciranje hormona, praćenje rasporeda uzimanja lekova i ovulacije, kreira se značajno veći pritisak na fizičko i mentalno blagostanje žena nego muškaraca (Thompson, 2005). Bez obzira na to da li je reč o „muškom“ ili „ženskom“ faktoru koji dovodi do neplodnosti, uloga muškaraca u proceduri je daleko manja, te je manji i pritisak koji trpe. Na kraju, kada izveštavaju o svojim iskustvima, pokazuje se kako žene doživljavaju veću količinu stresa koji je u vezi sa neplodnošću u odnosu na svoje partnere (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005). Uzevši u obzir da su društveni pritisci ali i medicinski zahtevi takvi da se od žena očekuje veće uključivanje, te da ispravno poštovanje procedure zavisi od njihovog angažmana, fokus ovog rada biće na iskustvu žena koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju.

VANTELESNA OPLODNJA: MEDICINSKI I POLITIČKI ASPEKTI

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, 1997). Biomedicinski potpomognuta oplodnja (eng. *Assited Reproductive Technologies - ART*) podrazumeva spajanje muške i ženske polne ćelije korišćenjem medicinskih tehnologija, odnosno, na način drugačiji od snošaja (Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, 2017). BMPO podrazumeva niz procedura i oplodnju (spajanje polnih ćelija) unutar

telesno i vantelesno. Budući da je vantelesna oplodnja procedura u okviru BMPO koja podrazumeva više koraka i ulaganje materijalnih i emotivnih resursa, u ovom radu baviću se upravo njom. Pre analize okolnosti i doživljaja koji prate vantelesnu oplodnju, objasniću kako je medicinski i zakonski regulisana.

Pre same vantelesne oplodnje (inseminacije), par prolazi kroz nekoliko procedura: analizu reproduktivnog stanja muškarca i žene, stimulaciju proizvodnje jajnih ćelija (period tokom kojeg je žena izložena hormonima), a u nekim slučajevima i upotrebu zamrznutih embriona iz ranijih pokušaja ili doniranih embriona (Zegers-Hochschild, et al., 2009). Razumevanje ovih procedura 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. Kada se uzmu u obzir mogućnost donacije reproduktivnih ćelija, moguće je zamisliti četiri do pet aktera u ovom procesu. Sve ovo usložnjava situaciju u kojoj se nalaze osobe suočene sa procedurom, jer pored medicinskih zahteva i psiholoških izazova suočavaju se sa pitanjima uključivanja drugih aktera i važnosti koje njihova genetička povezanost sa detetom ima za njih (Hendriks, Peeraer, Bos, Repping & Dancet, 2017).

Vantelesna oplodnja uređena je pravnim regulacijama i poslednjih par decenija sve više zemalja kreira pravne okvire za njeno sprovođenje. One uređuju starost, zdravstveno stanje i socijalni položaj osoba koje imaju pravo na VTO (Kamel, 2013). Danas, najveći broj zemalja na svetu koje obavljaju VTO imaju i pravilnike koji uređuju kome je to dostupno, koliki broj puta i da li se obavlja na teret osiguranja ili ličnih troškova (IFFS, 2016). Prvi zakon o BMPO (koji obuhvata i vantelesnu oplodnju) je u Srbiji donešen 2009. godine, a trenutno važeći zakon je iz 2017. godine i dopunjen je pravilnicima koji dozvoljavaju zamrzavanje ćelija ali i embriona, te u određenoj meri regulišu rad banki reproduktivnog materijala.

U slučaju Srbije, tri procedure vantelesne oplodnje pokriva republičko zdravstveno osiguranje, dok je građanima Beograda sada dostupan i četvrti pokušaj („Beograd finansira troškove četvrtog pokušaja vantelesne oplodnje“, 2019). Značaj koji BMPO ima za planiranje populacionih politika ogleda se u činjenici da je pre manje od 15 godina, republički finansiran samo jedan pokušaj VTO (Bjelica, 2017). Procedure su pokrivene republičkim osiguranjem za žene mlađe od 42 godine – starost muškarca nije faktor kada je reč o ostvarivanju prava na VTO. Ograničenja se tiču partnerskog statusa i seksualnosti, budući da su osnovni preduslovi

postojanje partnera i dijagnostikovana neplodnost, čime se isključuju i homoseksualne žene koje bi mogle da koriste BMPO iz razloga koji ne uključuju neplodnost (Drezgić, 2012).

Vantelesna oplodnja jedan je od najčešćih načina lečenja neplodnosti. Ovaj proces je specifičan i ima „poseban život“ u odnosu na druge načine borbe sa neplodnošću budući da je zahtevan i u finansijskom, ali i u vremenskom i emocionalnom smislu. Specifičnost vantelesne oplodnje koju valja napomenuti i koju smatram izuzetno važnom za razumevanje iskustva je susret izuzetno ličnog, intimnog i potencijalno bolnog životnog događaja sa distanciranim i potencijalno otuđujućim medicinskim okruženjem („intensly technical and intensly personal“: Thompson, 2005:8).

Štaviše, prolazak kroz vantelesnu oplodnju, iako se u početku procesa može činiti kao poslednja tačka koja će presuditi o ishodu (u pogledu toga da li je moguće dobiti dete), pretvara se u dugotrajan put ispunjem preprekama koje proizilaze što iz njegove prirode (više delova procedure), što iz socijalnih i psiholoških posledica (Franklin, 1997; Thompson, 2005). Autorke se slažu po pitanju viđenja celog procesa – vantelesna oplodnja je trka na duge staze sa brojnim preprekama, i svaka od njih može da celu proceduru produži ili prekine.

Feminističke kritike

Iako procedure vantelesne oplodnje na jednom nivou pružaju još jednu mogućnost parovima suočenim sa neplodnošću za ostvarivanje životnih planova, nisu izbegle brojne društvene kritike. Feminističke kritike biomedicinski potpomognute oplodnje imaju dugu tradiciju jer, kako se navodi, procedure vantelesne oplodnje imaju važnu ulogu u reprodukciji odnosa moći koji postoji između muškaraca i žena, ali i između društvenih klasa.

Razvoj reproduktivnih tehnologija davao je nadu da će se žene postepeno oslobađati od svojih bioloških ograničenja, međutim, kako kritičarke tvrde, one su ih samo dodatno učvrstile u toj ulozi – sva očekivanja od proširenja porodice i dalje su usmerena na žene i njihovu uključenosti u lečenje. Samim tim što postoji još jedna mogućnost lečenja neplodnosti, za žene suočene s neplodnošću koje su ionako pod velikim pritiskom da postanu majke, ona postaje nužna opcija koju bi bilo neodgovorno odbaciti (Thompson, 2005). Pored toga, kao što je već napomenuto, te procedure 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).

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 je da će grad Beograd izdvojiti sredstva za četvrtu vantelesnu oplodnju parovima dok to nije slučaj sa drugim gradovima u Srbiji.

Najširi okvir za kritiku potiče iz Fukoovske tradicije odnosno teorije o biopolitici. Naime, procedure vantelesne oplodnje zadovoljavaju šire društvene interese bar podjednako koliko i individualne interese osoba suočenih sa neplodnošću. Pokrivenost procedura republičkim osiguranjem jedna je od osnovnih populacionih mera u Srbiji i na procedure vantelesne oplodnje se javno na taj način i referira (npr. „Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti“, 2019). Pored toga, budući da je roditeljstvo imperativ, kada su osobe suočene sa neplodnošću, procedure vantelesne oplodnje, iako iscrpljujuće i dugotrajne, takođe postaju imperativ, zbog čega se često alternativni načini ostvarivanja roditeljstva, kao što je usvojenje, i ne razmatraju. 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 (Lepetić, 2014).

U prethodnim odeljcima govorila sam o aspektima koji su važni za kontekstualizaciju vantelesne oplodnje – o identitetu roditelja, o dostupnosti vantelesne oplodnje i o temeljima koji se iz feminističke perspektive smatraju problematičniim. U spletu ovih okolnosti nalaze se pojedinici i pojedinke suočeni i sa ličnim željama i sa veoma različitim putanjama koje vantelesna oplodnja može da ima (ostvarenu trudnoću, gubitak trudnoće, neuspele procedure i pre same oplodnje...). Kao što sam već najavila, u ovom radu baviću se upravo ličnim iskustvima žena koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju, oslanjajući se i na neposredni i na širi društveni kontekst. U nastavku ću detaljno obrazložiti subjektivne aspekte koji čine ovo iskustvo – neizvesnost, trudnoće i pobačaje kao i socijalne odnose sa relevantnim osobama iz okruženja.

LIČNA ISKUSTVA BORBE SA NEPLODNOŠĆU

Način na koji se doživljava neplodnosti ili procedure BMPO u vezi je sa načinom na koji pojedinci i pojedinke doživljavaju roditeljstvo, odnosno, kao što je već napomenuto, sa tim koliko je im je roditeljstvo važan razvojni zadatak. Budući da je za žene u našem društvu roditeljstvo veći imperativ nego za muškarce, teorijske pretpostavke navedene u prethodnim odeljcima potvrđene su i empirijski – žene prolaze kroz mnogo složenije pritiske tokom borbe sa neplodnošću i snažnije su fokusirane na svoj cilj, što je dobijanje deteta. U međuvremenu, muškarci, iako prisutni uz žene tokom tog procesa, razmišljaju o drugim aspektima – kvalitetu partnerstva i posledicama tretmana na svakodnevni život (Lemmens, et al., 2004). U ovakvoj situaciji, ženama se čini kao da njihovim partnerima nije dovoljno stalo do uspešnosti procedure, dok se muškarci osećaju kao da je lečenje neplodnosti nadvladalo sve druge aspekte njihovog života (ibid). Ovaj disbalans ima i druge aspekte. Tradicionalno se neplodnost, kako bi se izbegla demaskulinizacija muškaraca, pripisivala ženama, te žene, osim što 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 (Todorova & Kotzeva, 2003). Analiza psiholoških faktora neplodnosti važna je i jer postoje navodi da stres prouzrokovan neplodnošću može povratno da uspori i otežа borbu te smanji efekte lečenja (Deka & Sarma, 2010).

Postojanje BMPO kao realne medicinske mogućnosti daje osobama suočenim s neplodnošću ideju o tome da će doživeti razrešenje nakon što probaju i tu proceduru – bez obzira na njen uspeh, neodređena budućnost neće biti toliko neodređena. Međutim, ulazak u procedure BMPO retko ima jednoznačan završetak (Franklin, 1997). Jedna od najčešćih tema koja se javlja u izveštajima osoba suočenih sa neplodnošću je osećaj da čitav život čeka da se borba završi (eng. *life on hold).* Osim toga što su ciklusi BMPO iscrpljujući fizički i psihološki, strukturisani su tako da vrše veliki pritisak na slobodno vreme (uglavnom žena). Neke od njih se odlučuju da napuste svoja radna mesta kako bi se u potpunosti posvetile režimu koji BMPO nameće (Franklin, 1997). Borba sa neplodnošću uzme toliko maha da sve drugo postaje periferno (Cunningham & Cunningham, 2013). Čitava borba, ukoliko se produži, ne omogućava osobama da se „pomire“ sa neplodnošću ili da se okrenu drugim načinima da postanu roditelji. Ovo se u literaturi naziva trajnim „limbom“ ili liminalnom fazom, jer koči prelazak na naredne razvojne zadatke (Cunningham & Cunningham, 2013).

Neizvesnost i gubitak kontrole

Osećaj kontrole je jedan od ključnih aspekata prolaska kroz iskustvo neplodnosti. Prvi susret sa gubitkom kontrole je sama dijagnoza – osobe gube kontrolu nad planiranjem trenutka kada će ostvariti trudnoću i proširiti porodicu (Cunningham & Cunningham, 2013). Ovo se odnosi i na parove kojima je poznat uzrok neplodnosti i na one kojima je uzrok nepoznat (ibid). Sa jedne strane, ako uzrok neplodnosti nije poznat, to doprinosi osećaju nemoći i borbe protiv „nevidljivog neprijatelja“ (Franklin, 1997). Sa druge strane, kada se osećaju kao odgovorni za neplodnost jer je prepoznat uzork kod jednog od partnera, osećaju se nemoćno i kao da gube kontrolu nad čitavim procesom – planiranjem porodice, ali i lečenjem (Smith, et al., 2009). Ovo je veoma važno jer istraživanja stresa ukazuju na to da je za muškarce korisno da imaju aktivnu ulogu – čitaju i traže savete o neplodnosti, što ih štiti od osećaja nemoći (Schmidt, et al., 2005).

Tokom procedura BMPO, pacijenti (uglavnom žene) vide da je kontrola u rukama drugih ljudi – stručnih lica na klinikama (Cunningham & Cunningham, 2013), te ni ne pokušavaju da razumeju sve korake kroz koje prolaze (Thompson, 2005). Lekari su jedina veza koju one imaju sa procedurama koje ih mogu dovesti do cilja, stoga svoje aktivno učešće (agensnost) ne smatraju važnom za uspeh, ili je mogu smatrati distraktujućom (Thompson, 2005). Ovakvo „prepuštanje“ se u istraživanjima stresa često naziva pasivnim izbegavanjem – na taj način žene se okreću nadanju i fantazijama o uspehu procedure 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).

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, 1997). Uspostavljanje režima uzimanja lekova i njihova integracija u dnevne obaveze, opterećujuće je za žene i izazovno, naročito za one manje obrazovane (Franklin, 1997). Ovaj režim podrazumeva cikluse koji se u literaturi nazivaju ciklusima „nade i očaja“. Ulazak u novu proceduru otvara mogućnost za uspeh a praćenje režima uzimanja hormona i poseta lekaru podstiču ideju da postoji kontrola nad čitavim procesom. Međutim, neuspesi su česti i u nekim slučajevima se mogu završiti trudnoćom i pobačajem, o čemu će više reči biti u narednom odeljku (Meyers, et al., 1995).

Trudnoće i pobačaji

Nošenje sa iskustvom neplodnosti smatra se gubitkom nečega čega „nikada nije ni bilo“, zbog čega se bol koji osobe doživljavaju često vidi kao nedovoljno legitimizovan (Siebel, 1997). Međutim, osim ovog inicijalnog „gubitka plodnosti“, odnosno, gubitka životnih planova, osobe se često suočavaju sa drugim vidovima gubitaka koji su nešto više materijalizovani.

Kada se uđe u procedure vantelesne opodnje, „ulog“ se povećava što se više procedura približava kraju. Razni aspekti procedure, odnosno faze u okviru nje mogu da dovedu do osećaja neuspeha i gubitka (npr. pogrešno administriranje lekova, neuspelo oplođenje..). Naravno, najupadljiviji vid neuspele procedure su spontani pobačaji, koji se dogode čak i kada je tokom samog procesa VTO sve bilo (medicinski) u redu (Franklin, 1997).

U opštoj populaciji pobačaji su relativno retko iskustvo koje postaje učestalije za osobe koje prolaze kroz procedure vantelesne oplodnje (Serrano & Lima, 2006). Pobačaji se smatraju stresnim ili štaviše traumatičnim iskustvom, naročito kada su ponovljeni, odnosno kada jedna osoba doživi više puta za redom (ibid). Iako nisu svojstveni samo za osobe koje se suočavaju sa neplodnošću, u tom kontekstu imaju svoje specifičnosti.

Kada govorimo o pobačajima kod osoba koje se već neko vreme nose sa neplodnošću, treba imati u vidu da se i ostvarene trudnoće doživljavaju drugačije nego u opštoj populaciji. Stavovi prema trudnoći i roditeljstvu su kod osoba prethodno suočenih sa neplodnošću značajno pozitivniji nego u opštoj populaciji (Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008). Ambivalentnost u trudnoći i ranom roditeljstvu je niža kod osoba koje su prošle kroz procedure vantelesne oplodnje – nisu skloni da uočavaju i govore o negativnim aspektima trudnoće i rođenja deteta (Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby & Collins, 2003). Razlog ovome može biti idealizovanje celog procesa ili poricanje negativnih aspekata zbog truda koji je prethodio zdravoj trudnoći (ibid.).

Međutim, uspešna trudnoća, osim što se ocenjuje kao pozitivnije iskustvo, za osobe koje se bore sa neplodnošću ima i drugačije značenje – više nije „automatski“ i „prirodni nastavak“ partnerstva već i ukidanje negativnih značenja koje je neplodnost donela (Meyers, et al., 1995). Istovremeno, pažnja koja se poklanja trudnoćama značajno je veća jer se trudnoće vide kao rizičnije (Hjelmstedt, et al., 2003).

Zbog kompleksnih značenja koja trudnoća ima za osobe suočene sa neplodnošću, gubitak trudnoće doživljava se kao višestruki gubitak – on nije povezan samo sa trudnoćom, već se doživljava neuspeh i „propalo“ ulaganje koje je došlo i daleko pre toga (Freda, et al., 2003).

Gubitak trudnoće za mnoge znači ponovni ulazak u proceduru vantelesne oplodnje, što, kao što sam već mnogo puta prokomentarisala, ima svojevrsne posledice na svakodnevno funkcionisanje osoba (ibid). Pored toga, svakom neuspelom procedurom, vreme ili resursi za ulazak u novu proceduru se smanjuju.

Negativne emocije koje prate pobačaj znažnije 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, ne treba zanemariti i posledice koje ovakva iskustva imaju na kvalitet partnerske veze, odnosno, pobačaji svakako utiču i na život muškaraca (Serrano & Lima, 2006).

Jedan od aspekata ovog iskustva gubitka na koji se u literaturi obraća pažnja je nemogućnost osoba koje dožive pobačaj da to obeleže kroz kulturološke resurse – u najvećem broju kultura ne postoje rituali tugovanja za neuspelom trudnoćom (Matthews & Matthews, 1986). Ovo doprinosi osećaju izolovanosti ili nedovoljno legitimisane tuge.

Socijalni odnosi

Budući da je borba sa neplodnošću proces koji okupira sve aspekte života, interakcija sa bliskim osobama iz okruženja nije izuzetak. Socijalni odnosi sa partnerom, sa porodicom, pa čak i socijalni odnosi sa prijateljima ili poznanicima mogu biti pogođeni ili izmenjeni borbom s neplodnošću.

Neupitno je to da borba sa neplodnošću ima posledice po kvalitet partnerstva. Neki navodi ukazuju na to da je moguće da se partneri osećaju bliskijim i da je partnerstvo nakon čitave borbe ojačano (Franklin, 1997). Kvalitet komunikacije među partnerima smatra se čak i protektivnim faktorom, odnosno, smanjuje količinu stresa izazvanog neplodnošću (Schmidt, et al., 2005). Međutim, stanje nije tako jednoznačno. Posvećivanje svakog aspekta života borbi s neplodnošću trivijalizuje vreme provedeno sa partnerom – čak i seksualni odnosi postaju nužni zadatak iz kojih su zadovoljstvo i spontanost izuzeti (Meyers, et al., 1995).

Seksualni život partnera naročito je 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 (istraživanje sprovedeno u Australiji: Hammarberg, Baker & Fisher, 2010).

U situacijama koje prevazilaze partnerske odnose, parovi anticipiraju negativne reakcije okruženja. Često se suočavaju sa nedovoljno osetljivim komentarima i savetima zasnovanim na predrasudama i ličnim uverenjima (Lemmens, et al., 2004; Meyers, et al., 1995). Često se saveti ili reakcije okruženja doživljavaju kao neprimerene, jer dolaze od onih koji nikada nisu prolazili kroz slična iskustva (Freda, Devine & Samelsberger, 2003). Pokazano je i kako postoje 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).

Zbog ovakvih interakcija sa okruženjem, borbu sa neplodnošću, uključujući i VTO, često okružuju zaveti ćutanja, odnosno prikrivanje procedure (Franklin, 1997). Ovo ostavlja pojedince i pojedinke isključenim od socijalne podrške koja im može biti vredna.

Pored toga, u susretu sa drugim osobama, dok su preokupirani borbom s neplodnošću, osobe mogu biti uznemirene svakodnevnim stvarima kao što je saznanje da je neka osoba iz okruženja trudna, ili sam susret sa trudnom osobom (ibid). Dešava se da osobe suočene sa neplodnošću izbegavaju događaje koji su posvećeni deci, kao što su proslave rođenja i rođendana (Meyers, et al., 1995).

Budući da se lečenje neplodnosti događa u medicinskom okruženju, ne treba zanemariti socijalne odnose koji se u tom kontekstu formiraju. Ženama je veoma važan kontakt koji imaju sa lekarima, što je u skladu sa navodima da je kontrola u njihovim rukama, odnosno da je poverenje u lekara ključno za prolazak kroz proceduru (Cunningham & Cunningham, 2013). Međutim, ukoliko postoje negativna iskustva doživljena u bilo kom trenutku procedure, ona su često u vezi sa komunikacijom koju su žene imale sa lekarima – ona može biti gruba, neosetljiva i delegitimišuća (Malina, Hemminki, Raikkonen, Sihvoa, Perala, 2001). Jedna od ključnih kritika upućenih lekarima je da ne obraćaju dovoljno pažnje na psihološke aspekte neplodnosti (ibid.).

Kontrast neupućenom neposrednom socijalnom ili hladnom medicinskom okruženju čine zaštićena okruženja posvećena deljenju iskustava neplodnosti kao što su onlajn forumi. Oni služe

uglavnom pružanju podrške i razmeni informacija, a najčešće korisnice su žene koje prolaze kroz procedure vantelesne opodnje (Malik & Coulson, 2009).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Neplodnost i njeno lečenje prepoznati su kao važno društveno pitanje – o finansiranju i povećanju broja klinika koje obavljaju VTO govori se kao o merama za povećanje nataliteta. Takođe, zauzimaju veliki medijski prostor i inspirišu nastanak udruženja i centara usmerenih na „borbu“ za dostupniju vantelesnu oplodnju i informisanije korisnike i korisnice[3]. Istovremeno, odvijaju se u medicinskom kontekstu i sa sobom nose i izvesna bioetička pitanja. Na kraju, prelamaju se na pojedincima i pojedinkama koji kroz njih prolaze i čiji su ulozi neizmerno veliki. Kao ovako kompleksan fenomen, u našem okruženju retko je ili nikad istraživana, naročito sa psihološkog aspekta. Nekolicina master ili doktorskih radova sa Odeljenja za psihologiju uglavnom su se bavili izolovanim varijablama kao što su stres ili porodična disfunkcionalnost (npr. Krstić, 2015; Milić, 2014). Drugi radovi bavili su se političkim i bioetičkim aspektima (npr. Drezgić, 2012; Lepetić, 2017).

Kroz ovo istraživanje nastojaću da, u skladu sa metodom o kojem će u nastavku biti reči, opišem i interpretiram (eng. *giving voice and making sense;* Larkin, Watts & Clifton, 2006) kompleksnost iskustva prolaska kroz vantelesnu oplodnju, iz perspektive žena. Cilj mi je da ispitam kako učesnice artikulišu svoje iskustvo vantelesne oplodnje, uključujući pozitivne emocije spram planiranja porodice i negativne spram procedure, frustraciju, telesnu i emotivnu iscrpljenost, prilagođavanje životnih planova i posledice koje ovaj, često dugoročni proces, ima na partnerstvo. U istraživanju nastojaću da odgovorim na pitanje *Kako izgleda prolazak kroz vantelesnu oplodnju iz perspektive žena?* Specifičnije, cilj mi je da se osvrnem na pitanja *Kako se osećaju žene koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju? Zašto se osećaju na taj način? Na koje resurse se oslanjaju i zbog čega? Na koji način aktuelne politike reprodukcije, društvene reprezentacije, ali i njihovo neposredno okruženje oblikuju njihovo iskustvo?*

Da bih ovo učinila, oslaniću se primarno na intervjue obavljene sa ženama, dok prolaze kroz ovo iskustvo. Intervjue ću obaviti najmanje u dva trenutka – na počeku ciklusa i na njegovom kraju, bez obzira na ishod. Dva aspekta navedenog cilja istraživanja neophodno je

[3] https://www.facebook.com/pages/category/Community-Organization/Udru%C5%BEenje-porodica-sa-problemom-steriliteta-Bebe-1-187489187948141/; https://sansazaroditeljstvo.org.rs/ (Pristupljeno: 11. 11. 2019.)

detaljnije razmotriti. Jedan je da ću se u istraživanju baviti vantelesnom oplodnjom iz perspektive žena. Odluka da se bavim samo ženama podržana je time što je vantelesna oplodnja višestruko složenije ulaganje (telesno, emotivno i materijalno) za žene nego za muškarce. Istovremeno, budući da ću intervjue sprovoditi samostalno, mogu očekivati da naiđem na otpor ili bar zatvorenost muškaraca da o svojim intimnim iskustvima govore sa istraživačicom koja je mlada žena. Drugi aspekt tiče se hronologije intervjuisanja. Znajući da se narativ o iskustvu može promeniti pod uticajem ishoda, odnosno da bi izveštaji učesnica nakon (ne)uspele vantelesne oplodnje mogli da poprime obrasce koje nisu imali u početnim fazama procesa, sa njima ću voditi intervjue i tokom procedure vantelesne oplodnje i na njenom kraju.

Kvalitativna istraživanja neguju otvoren pristup u traganju za značenjima (bez tendencije za postavljanjem hipoteza: Levitt, et al., 2018; Vilig, 2016), međutim, kako bi praćenje teksta bilo olakšano čitaocima/teljkama, u nastavku ću navesti opšta očekivanja koja čine pandan tradicionalnim hipotezama svojstvenim kvantitativnim istraživanjima. Pre ulaženja u specifičnija očekivanja, naglasiću ključne ideje koje vode ovo istraživanje: vanteesna oplodnnja okupira značajan deo svakodnevnice osoba koje kroz nju prolaze (Cunningham & Cunningham, 2013); dominantne društvene reprezentacije o roditeljstvu, neplodnosti i vantelesnoj oplodnji u velikoj meri oblikuju konkretna iskustva žena i načine na koje one o njima govore. Uzevši ovo u obzir, očekujem kako će vantelesnu oplodnju kao negativnije iskustvo doživeti žene kojima je roditeljstvo centralni deo identiteta (Matthews & Matthews, 1986; Todorova & Kotzeva, 2003); žene koje doživljavaju snažniji društveni pritisak i koje imaju manje podrške od neposrednog okruženja (Siebel, 1997); žene kod kojih procedure traju duže i ponavljaju se više puta (Cunningham & Cunningham, 2013); žene koje prolaze kroz trudnoće i gubitak trudnoće (Freda, et al., 2003). Pored očekivanja negativnih emocija u ovim specifičnim okolnostima, očekujem kako će učesnice tragati za adekvatnom socijalnom podrškom, naročito u fazama gubitka (Siebel, 1997) i da će partnerski odnos biti uzurpiraniji što više procedure budu uzimale vremena i pažnje (Lemmens, et al., 2004; Meyers, et al., 1995). Na kraju, očekujem kako će se afektivni ton u kojem govore menjati u zavisnosti od toga kako se procedura odvija i kakva su očekivanja od nje (što će naročito biti upadljivo tokom drugog intervjua kada je poznat njen ishod).

Značaj istraživanja

Analiza iskustava žena koje prolaze kroz vantelesnu oplodnju nov je i celovit pristup izučavanju ovog fenomena. Do sada, domaća istraživanja bavila su se analizom konteksta (zakona, promena u finansiranju: npr. Drezgić, 2012; Lepetić, 2017) ili uočavanjem veza između izolovanih individualističkih varijabli (stres, bračno funkcionisanje: npr. Krstić, 2015; Milić, 2014). Moje istraživanje baviće se i ličnim i društvenim aspektima fenomena, ne fokusirajući se na izolovane varijable, već na celovita značenja mojih učesnica koja dobijaju smisao samo u njihovom neposrednom ali i u širem društvenom kontekstu.

U praktičnom smislu, razumevanje iskustva žena može ukazati na propuste u sistemu zdravstvene zaštite kao što je nedostatak adekvatne psihološke podrške. Na taj način, ovo istraživanje može biti korak u planiranju efikasnih i odgovornih politika usmerenih na građanke suočene s neplodnošću. Na kraju, uočavanje faktora koji otežavaju ili facilitiraju iskustvo prolaska kroz vantelesnu oplodnju može pružiti porodičnim terapeutima i savetnicima osnov za planiranje terapije.

Uzevši ovo u obzir, moje istraživanje, ne samo da čini vredan doprinos dosadašnjem korpusu znanja o ovom fenomenu već može imati praktične implikacije neophodne za dalje razvijanje politika u vezi sa neplodnošću i vantelesnom oplodnjom.

METOD

Budući da ću se baviti intimnim (ženskim) iskustvima, služiću se tehnikama razvijenim u okviru kvalitativne metodologije. Kvalitativnoj metodologiji pribegava se u situacijama kada nas zanima razumevanje sveta (eng. *grasp of the world*) koje imaju naši učesnici i učesnice, naročito razumevanje ličnih iskustava. Pristup koji se u okviru kvalitativne metodologije neguje je idografski, odnosno pristup bez pretenzija ka generalizaciji rezultata. Suština je u razumevanju doživljaja grupe učesnika/učesnica koji se ispituju a uzorci su najčešće namerni i sastavljeni od malog broja učesnika (Ashworth, 2008). Ovo se najčešće postiže kroz polustrukturisane intervjue, što je tehnika prikupljanja podataka na koju ću se i ja osloniti.

Učesnice

Tehnika kao što je IPA podrazumeva male i homogene uzorke, budući da zahteva detaljnu analizu svakog sprovedenog intervjua (idiografski pristup nasuprot nomotetskom)

(Smith & Osborn, 2007). Osnovna ideja je da se sazna što više o doživljaju i razumevanju nekog fenomena, u ovom slučaju, intimnog iskustva prolaska kroz vantelesnu oplodnju, od uzorka osoba koje dele to iskustvo. Mojim učesnicama biće zajedničko iskustvo nepolodnosti i donešena odluka o njenom lečenju kroz vantelesnu oplodnju. Intervjuisaću 10 do 15 žena koje su započele proceduru vantelesne oplodnje (stimulacija jajnih ćelija), i nemaju stariju decu. Budući da je u Srbiji zakon uređen na takav način, očekujem da će sve biti u partnerskoj zajednici, ali bez dece. Iako je VTO finansirana iz Fonda republičkog zavoda za žene mlađe od 42 godine, očekujem da ću u uzorku imati i žene starije od ove granice, koje proceduru finansiraju same u privatnim klinikama.

Međutim, moj uzorak neće biti sasvim homogen. Iako ću regrutovati učesnice na početku procedure, one će se razlikovati po tome da li prvi put ulaze u proceduru ili iza sebe imaju neke neuspešne pokušaje. Istovremeno, intervjuisaću žene koje prolaze kroz proceduru na državnim i na privatnim klinikama i to učesnice različite starosti. Očekujem da će najveći broj mojih učesnica biti u proceduri VTO jer nema decu, međutim, ostavljam mogućnost da razgovaram i sa ženama kojima je dijagnostifikovan sekundarni sterilitet (imaju dete i ne mogu da ostvare drugu trudnoću). Zbog toga, biće mi omogućeno da razumem kako se razlikuju doživljaji ovog ulaska u proceduru i doživljaji njenog (ne)uspeha, shodno ličnim istorijama žena sa kojima budem razgovarala.

Da bih ostvarila ove uslove neophodno je da se oslonim na namerno uzorkovanje (nasuprot slučajnom). Prvi korak ka regrutovanju učesnica biće tehnika grudve snega a potom, u zavisnosti od broja ostvarenih kontakata, ostvarivanje partnerstava sa nekom od klinika koje sprovode ovu proceduru (npr. GAK Narodni front, Beograd; Centar za vantelesnu oplodnju, Valjevo; Jevremova klinika iz Medigrup grupe).

Prikupljanje materijala

Materijal ću prikupljati kroz polustrukturisane intervjue. Polustruktuirani intervjui omogućavaju fleksibilan pristup učesnicima i prilagođavanje razgovora aspektima iskustva koji su njima važni. Suština polustrukturisanog intervjua je ulazak u dijalog sa učesnicama – okvirna pitanja, predviđena protokolom će se prilagođavati i menjati u skladu sa odgovorima učesnica (Smith & Osborn, 2007). Intervjui će uz informisanu saglasnost učesnica biti snimani i transkribovani verbatim.

Sa svim učesnicama obaviću najmanje po dva intervjua – jedan tokom trajanja ciklusa (planiranje ili započeta stimulacija) i jedan na kraju procedure. Kraj procedure će se među ženama značajno razlikovati – moje nastojanje je da sa ženama razgovaram onda kada je sa tim ciklusom vantelesne oplodnje gotovo, što će za neke biti neuspeli postupci aspiracije, spajanja polnih ćelija i inseminacija a za neke i (ne)ostvarena trudnoća. Dodatne intervjue održala bih ukoliko se to pokaže značajnim za razvoj narativa učesnice (gubitak trudnoće, odluka o daljem lečenju, ulazak u novu proceduru, razvod braka...) i u zavisnosti od ostvarene komunikacije sa učesnicama i njihove otvorenosti da sa mnom stupe u ponovljeni kontakt.

Intervjui će biti održani u okruženju koje učesnicama obezbeđuje privatnost i prijatnost da o svom iskustvu govore. To podrazumeva njihove domove ili kabinet na fakultetu koji bi nam za tu svrhu bio na raspolaganju. Dužina razgovora će se u zavisnosti od ličnih istorija učesnica i trenutka intervjua značajno menjati, međutim, imajući u vidu intimnost iskustva i prirodu polustrukturisanih intervjua, očekuje se da će intervjui trajati duže od sat vremena.

Pre regrutovanja učesnica i sastavljanja agende za intervjue obaviću nekoliko pilot intervjua sa ženama koje su već prošle kroz vantelesnu oplodnju. Pilot intervjui biće organizovani kroz nekoliko oblasti uočenih u literaturi, a sami služe tome da se te oblasti prošire i prodube, u skladu sa doživljajima učesnica. Svaka oblast obuhvataće odnose sa bliskim okruženjem, telesne i psihološke doživljaje. Jedan od ključnih aspekata obrađenih kroz agendu su očekivanja u kontekstu ishoda procedure i njihova prilagođavanja tome kako procedura vremenski odmiče ali i na koji način se odvija.

Uvod i predstavljanje istraživanja. Pre nastavka razgovora važno je uspostaviti atmosferu poverenja i objasniti svrhu istraživanja i način korišćenja podataka dok je za istraživanje ključno je da dobro razumem poziciju žene sa kojom razgovaram, njenu okvirnu partnersku i istoriju lečenja neplodnosti.

Planiranje porodice i želje za decom. Ova oblast se tiče značenja koje roditeljstvo ima za moje učesnice, kako se o tim značenjima pregovaralo sa partnerom, ko je i na koji način bio uključen u planiranje porodice, ako ga je bilo. Takođe, ova oblast uključuje i dijagnostifikovanje neplodnosti.

Donošenje odluke o vantelesnoj oplodnji. Nakon medicinske dijagnoze, osobe se nalaze pred odlukom o narednim koracima. Ova oblast obuhvataće period suočavanja sa dijagnozom, razmatranja opcija i odlučivanje za vantelesnu oplodnju. Pitanja iz ove oblasti

obuhvataće komunikaciju sa lekarima, lična i partnerska previranja, očekivanja od procedure i odnos prema životnim planovima, koji se ulaskom u proceduru potencijalno menja.

Prolazak kroz proceduru vantelesne oplodnje. Pitanja iz ove oblasti obuhvataće fizičko, emocionalno i potencijalno finansijsko ulaganje u proceduru, uticaj koji prolazak kroz proceduru ima na život van nje (posao, socijalne odnose). Kao i u ranijim oblastima, važan je i odnos prema životnim planovima, odnosno očekivanja koja učesnice imaju od procedure. Očekujem da ću sa učesnicima razgovarati prvi put upravo u ovoj fazi. U zavisnosti od lične istorije i toga koja im je ovo procedura po redu, odgovori na pitanja u ovoj oblasti očekujem da će pokazati ključne razlike među mojim učesnicima.

Donošenje odluke o „daljim koracima" nakon završetka procedure. Ispitivanje ove faze u iskustvu vodi do emocionalnog vrhunca procedure koja se može završiti uspešno (trudnoćom) ili neuspešnom inseminacijom ili pobačajem. Očekujem da ću drugi intervju obaviti sa učesnicama kada budu bile u ovoj fazi donošenja odluke za budućnost.

Pogled unazad. Uzevši u obzir da se pilot intervjui sprovode nakon završenih procedura, retroaktivno sagledavanje čitavog iskustva i njegovo sumiranje biće nužan deo intervjua.

Plan analize materijala

Tehnika od koje polazim je interpretativna fenomenološka analiza koju ću upotpuniti tehnikom *Vodič za slušanje (*eng. *the listening guide*) (Woodcock, 2016) i narativnom analizom.

Interpretativna fenomenološka analiza koristi se kada nas interesuje kako osobe vide situacije u kojima se nalaze i kako ih doživljavaju (Smith & Osborn, 2008). IFA nudi intenzivan i detaljan opis i interpretaciju materijala dobijenog na malom broju učesnika (Larkin, et al., 2006). Kao i u većini slučajeva korišćenja IFA-e, kombinovaću empatičan sa kritičkim pristupom (razumevanje sa interpretacijom). Preciznije, iako mi je jedan od ciljeva da razumem zašto se moje učesnice osećaju na neki način ili zašto govore o svom iskustvu na neki način, odgovori na ova pitanja nisu uvek transparentna i dostupna u njihovim izveštajima (jer mogu biti nedostupni i njima samima). Zato je neophodno uključiti i analizu njihovog neposrednog ali i šireg društvenog konteksta koji je za vantelesnu oplodnju važan i o kojem sam pisala u prethodnim odeljcima. Da bih odgovorila na ova pitanja slediću unapred određen set koraka. Snimljene intervjue ću transkribovati verbatim i kasnije ih *kodirati* — uočavati „značenja", odnosno kodove koji sumiraju i opisuju delove izveštaja učesnica (Smith & Osborn, 2007).

Sitnije kodove, grupisaću u krupnije teme i to u okviru analize svakog pojedinačnog transkripta. Nakon ovih analiza (studija slučaja) sledi transverzalna analiza, odnosno uočavanje zajedničkih tema među učesnicima i tema koje im nisu zajedničke. Oba koraka nužno podrazumevaju i interpretaciju (eng. *making sense;* Larkin et al., 2006) odnosno traganje za uslovima u kojima su takvi doživljaji mogli da se formiraju ili objašnjenjima za razlike i sličnosti među učesnicama. Interpretacija podrazumeva korak dalje u odnosu na opis doživljaja učesnica i daje odgovore na pitanja šta neki doživljaj znači (ibid). Osnov za interpretaciju pruža nam poznavanje neposrednog konteksta, ranijih iskustava učesnica ali i poznavanje aktuelnih politika i društvenih značenja.

Kod analize intimnih emotivnih iskustava, način na koji se o njima govori, odnosno kako se jezički oblikuju ta iskustva, može mnogo reći o odnosu koji učesnici imaju prema iskustvu i pozicijama koje zauzimaju. Zbog toga, neću se samo baviti analizom tema kroz interpretativnu fenomenološku analizu, već ću uključiti i dve pomoćne tehnike, usmerene ne samo na sadržaj izveštaja već i na formu – načine artikulacije iskustva vantelesne oplodnje.

Vodič za slušanje (Woodcock, 2013) podrazumeva izdvajanje delova transkripta u kojima učesnica referira na sebe (ja, meni, moje...) i na druge (ti, oni...). Takvi isečci zovu se „Ja-isečci“ i daju uvid u to kako se učesnica pozicionira, ne samo u odnosu na druge osobe, već i u odnosu na dominantne narative u društvu (ibid). Razumevanje na koji način učesnice prihvataju ili se distanciraju od društvenih narativa važno je budući da društvena značenja preplavljuju temu neplodnosti i vantelesne oplodnje, o čemu je bilo reči u ranijim odeljcima.

Pored uključivanja vodiča za slušanje, neću propustiti i da u izveštajima svojih učesnica uočim narativne obrasce. Iako IFA ne podrazumeva nužno traganje za opštim obrascima koji prevazilaze teme, narativna analiza imala je važno mesto u izučavanju „izmenjenih stanja“, naročito telesnih, kao što su bolest ili trudnoća (Frank, 2013). Dodatno, budući da postoje i društveni narativi o neplodnosti i vantelesnoj oplodnji, važno je ukazati na to kako izgledaju i lični narativi, da li se u njima učesnice pozicioniraju onako kako ih pozicioniraju lekari i društvo, ili na drugačiji način.

Analizu ću sprovoditi uz pomoć MAXQDA softvera za kvalitativnu analizu teksta.

PLANIRAN SADRŽAJ DISERTACIJE

- Roditeljstvo i neplodnost: značaj za identitet i partnerstvo
    - Mandat materinstva
    - Orodnjenost borbe s neplodnošću
- Istorija analize ženskih iskustava
    - Otelovljena iskustva
- Vantelesna oplodnja: medicinski i politički apekti
    - Reproduktivne politike u Srbiji
    - Medijske reprezentacije vantelesne oplodnje u Srbiji i regionu
    - Vantelesna oplodnja kao medicinska procedura
    - Biotehnologija
    - Feminističke kritike
- Lična iskustva borbe s neplodnošću
    - Neizvesnost i gubitak kontrole
    - Trudnoće i pobačaji
- Kulturološki resursi
    - Socijalni odnosi
- Brak i razvod
- Zajednice koje okupljaju osobe suočene s neplodnošću
- Psihološke teorije nerazvojnih kriza
- Kvalitativna metodologija u psihologiji
    - Interpretativna fenomenološka analiza
    - Vodič za slušanje
    - Narativna analiza
- Procedura – odabir učesnica, trajanje i karakteristike intervjua
- Rezultati i diskusija – organizovani po temama dobijenim analizom
- Literatura
- Prilozi (agende za intervju)

LITERATURA

Ashcroft, S. (1998). The true cost of infertility? *Practice Nursing*, *9*(20), 34-36. doi: 10.12968/pnur.1998.9.20.34

Ashworth, P. (2008). Conceptual foundations of qualitative psychology. U Smith, J. A. (Ur.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 4-25). London: Sage publishing.

Beograd finansira troškove četvrtog pokušaja vantelesne oplodnje. (2019). Preuzeto sa: http://rs.n1info.com/Zdravlje/a502698/Beograd-finansira-troskove-cetvrtog-pokusaja-vantelesne-oplodnje.html

Bjelica, A. (2017). Comparison of in vitro fertilization policy in Serbia and other European countries. *Timočki medicinski glasnik*, *42*(4), 236-244.

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. doi: 10.1111/jocn.12338

Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, *3*(3), 336. doi: 10.1111/j.2044-8341.1986.tb02686.x

Drezgić, R. (2012). On Feminist Engagements with Bioethics. *Filozofija i društvo*, 19-31. doi: 10.2298/FID1204019D

Đukić Dejanović: Valjevo gubi stanovništvo, to moramo zaustaviti“. (2019). Preuzeto sa: https://www.kolubarske.rs/sr/vesti/valjevo/8607/

Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Franklin, S. (2002). *Embodied progress: A cultural account of assisted conception*. London and New York: 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. doi: 10.1097/00005721-200301000-00005

Gutmann, D. (1975). Parenthood: A key to the comparative study of the life cycle. U *Life-span developmental psychology*, Datan, N. & Ginsber, L. H (Ur.) (pp. 167-184). Cambridge: Academic Press.

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. doi: 10.1093/humrep/deh620

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. doi: 10.1093/humrep/deq259

Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, *14*(5), 395-414. doi: 10.1093/humupd/dmn030

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. doi: 10.3109/01674820309039669

Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, *37*, 177-196. doi: 10.1146/annurev.anthro.37.081407.085230

Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut" (2018). Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije, 2017.

International Federation of Fertility Societies. (2016). IFFS Surveillance 2016. *Global Reproduction Health*, *1*, 1-143.

Ivković, Ž., Boneta, Ž., & Kanjić, S. (2014). „Dijete kao project" vs „daj dite materi" orodnjenost roditeljske brige o djeci. *Sociologija*, *56*(4). doi: 10.2298/SOC1404495I

Kamel, R. M. (2013). Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *Journal of reproduction & infertility*, *14*(3), 96. doi: 10.4172/2161-0932.1000156

Korolczuk, E. (2014). Terms of Engagement: Re-Defining Identity and Infertility On-line. *Culture Unbound: Journal of Current Cultural Research*, *6*(2), 431-449. doi: 0.3384/cu.2000.1525.146431

Krstić, M. (2015). Stresori i mehanizmi prevladavanja stresa kod žena koje prolaze kroz proces vantelesne oplodnje. Neobjavljen master rad. Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu. Srbija.

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 102-120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa

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. doi: 10.1093/humrep/deh323

Lepetić, T. (2014). Nove reproduktivne tehnologije – novi oblici moći nad telom. *Antropologija*, *14*(1).

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, *73*(1), 26. doi: 10.1037/amp0000151

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. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.007

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*, *9*(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1001356

Matthews, R., & Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, *48*(3), 641-649. doi: 10.2307/352050

Meyers, M., Weinshel, M., Scharf, C., Kezur, D., Diamond, R., & Rait, D. S. (1995). An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Family Process*, *34*(2), 231-240. doi: https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00231.x

Milić, N. (2014). Bračna prilagođenost parova sa problemom steriliteta. Neobjavljen master rad. Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu. Srbija.

Morice, P., Josset, P., Chapron, C., & Dubuisson, J. B. (1995). History of infertility. *Human reproduction update*, *1*(5), 497-504. Doi: 10.1093/humupd/1.5.497

Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2019. Uputstvo za sprovođenje lečenja neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja (BMPO).

Russo, N. F. (1979). Overview: Sex roles, fertility and the motherhood mandate. *Psychology of women quarterly*, *4*(1), 7-15. doi: 10.1111/j.1471-6402.1979.tb00695.x

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. doi: 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. Doi: 10.1007%2FBF02766105

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. doi: https://doi.org/10.1348/147608306x96992

Službeni glasnik, 2017. Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji. Republika Srbija.

Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. U Smith, J. A. (Ur.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53-80). London: 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. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01383.x.

Stanojević, D. T. (2015). *Oblikovanje novog očinstva kroz prakse očeva u Srbiji.* Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu: Filozofski fakultet.

Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT press.

Todorova, I. L., & Kotzeva, T. (2003, mart). Social discourses, women's resistive voices: Facing involuntary childlessness in Bulgaria. U *Women's studies international forum* 26(2), (pp. 139-151). Pergamon.

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. doi: 10.1080/14768320500143354

Vantelesna oplodnja plaćena za 4.300 žena u 2019. (2019). Preuzeto sa: http://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/drustvo/3404981/u-2019-vantelesna-oplodnja-placena-za-4300-zena.html

Vilig, K. (2016). *Kvalitativna istraživanja u psihologiji*. Beograd, Srbija: Clio

WHO. (n.d). Infertility definitions and terminology. Preuzeto sa: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/

Woodcock, C. (2016). The Listening Guide: A how-to approach on ways to promote educational democracy. *International Journal of Qualitative Methods*, *15*(1), doi: 10.1177/1609406916677594

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan E., & Van der Poel, S. (2009). The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human reproduction*, *24*(11), 2683-2687. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005