

**Sveučilište u Zagrebu  
Pravni fakultet u Zagrebu**

**Nikolina Brezonjić**

**Studijski centar socijalnog rada  
Mentalno zdravlje i socijalna podrška kod žena koje prolaze kroz postupak medicinski  
potpomognute oplodnje**

**Zagreb, 2024.**

„Ovaj rad izrađen je pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Linde Rajhvajn Bulat i predan na natječaj za dodjelu Rektorove i Dekanove nagrade u akademskoj godini 2023/24.“

*Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu:*

ASRM - Američko udruženje za reproduktivnu medicinu

CORE-OM - Upitnik za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća (engl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*)

ESHRE - Europsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju

HZZO - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

ICSI - Intracitoplazmatska spermalna injekcija

IUI - Intrauterina inseminacija

IVF - In vitro fertilizacija

MPO - Medicinski potpomognuta oplodnja

MSPPS - Multidimenzionalna skala socijalne podrške

MZ RH - Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organisation - WHO*)

## SADRŽAJ RADA :

1.1. UVOD.....	1
1.1. Neplodnost i medicinski potpomognuta oplodnja .....	2
1.2. Mentalno zdravlje žena u postupku medicinski potpomognute oplodnje .....	5
1.3. Socijalna podrška u postupku medicinski potpomognute oplodnje .....	9
2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	12
3. METODA ISTRAŽIVANJA .....	13
3.1. Uzorak .....	13
3.2. Mjerni instrumenti .....	16
3.3. Postupak istraživanja.....	19
3.4. Obrada podataka .....	19
4. REZULTATI .....	20
4.1. Ukupni rezultati zadovoljstva medicinskom uslugom, mentalnim zdravljem i socijalnom podrškom .....	22
4.2. Povezanost određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz MPO .....	23
4.3. Povezanost mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena koje prolaze kroz MPO.....	25
4.4. Povezanost mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze kroz MPO .....	27
5. RASPRAVA .....	29
5.1. Rasprava rezultata o povezanost određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz MPO .....	31
5.2. Rasprava rezultata povezanosti mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena koje prolaze kroz MPO .....	34
5.3. Rasprava rezultata povezanosti mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze kroz MPO .....	38
5.4. Ograničenja provedenog istraživanja .....	41
5.5. Praktične i znanstvene implikacije istraživanja .....	43
6. ZAKLJUČAK.....	45
7. ZAHVALA .....	47
8. LITERATURA .....	48
9. PRILOZI.....	58
10. ŽIVOTOPIS .....	68

## Sažetak

### **Mentalno zdravlje i socijalna podrška kod žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje**

*Porast broja žena i parova suočenih s dijagnozom neplodnosti evidentan je u Hrvatskoj, kao i u drugim zemljama svijeta. Neplodnost ima dublji učinak, ne samo na reproduktivno zdravlje, već i na mentalno zdravlje žene i para, obiteljsku dinamiku, socijalne odnose. Postupak medicinski potpomognute oplodnje, za koji se odlučuje određeni broj žena i parova u suočavanju s problemom neplodnosti, obuhvaća niz invazivnih postupaka, čestih medicinskih pregleda te financijskih izdataka. Ova iskustva izazivaju i neugodne emocionalne reakcije povećavajući rizik za razvoj simptoma poteškoća mentalnog zdravlja. Unatoč važnosti ove teme, u Republici Hrvatskoj nedostaju istraživanja u tom području. Sa svrhom popunjavanja empirijske praznine, provedeno je kvantitativno anketno istraživanje sa ženama koje su trenutno u procesu medicinski potpomognute oplodnje ili je od njihova posljednjeg postupka prošlo manje od 6 mjeseci. Cilj istraživanja bio je analizirati povezanosti dimenzija mentalnog zdravlja s određenim sociodemografskim obilježjima žena, percipiranom socijalnom podrškom i zadovoljstvom pruženom medicinskom uslugom. U uzorak istraživanja uključeno je 252 žena, prosječne dobi 34 godina. Rezultati istraživanja ukazali su na značajnu ulogu socijalne podrške u očuvanju mentalnog zdravlja žena u postupku medicinski potpomognute oplodnje. Zadovoljstvo žena pruženom medicinskom uslugom značajno je povezano s većom subjektivnom dobrobiti, boljim svakodnevnim funkcioniranjem te manjim rizikom za rizična ponašanja. Gotovo sve žene, njih 96,4%, smatraju da je u procesu medicinski potpomognute oplodnje ženama nužno osigurati psihološku podršku.*

**Ključne riječi:** medicinski potpomognuta oplodnja, mentalno zdravlje, socijalna podrška, zadovoljstvo medicinskom uslugom

## Abstract

### **Mental health and social support in women undergoing medically assisted reproduction**

*The increased number of women and couples facing a diagnosis of infertility is evident in Croatia, as well as in other countries of the world. Infertility has a deeper impact, not only on reproductive health, but also on the mental health of women and couples, family dynamics, social relationships. The procedure of medically assisted fertilization, which is decided upon by a certain number of women and couples facing the problem of infertility, includes a series of invasive procedures, frequent medical examinations and financial expenses. The aforementioned experiences can lead to unpleasant emotional reactions, increasing the risk of developing symptoms of mental health difficulties. Despite the importance of the topic, there is a lack of research in this area in the Republic of Croatia. In order to fill the empirical gap, a quantitative survey was conducted with women who are currently in the process of medically assisted fertilization or less than 6 months have passed since their last procedure. The aim of the research was to analyze the association of mental health dimensions with certain socio-demographic characteristics of women, perceived social support and satisfaction with the medical service provided. The study included 252 women with an average age of 34 years. The results of the research indicated the significant role of social support in preserving the mental health of women in the process of medically assisted fertilization. Women's satisfaction with the provided medical service is significantly associated with greater subjective well-being, better daily functioning and lower risk for risky behaviors. Almost all women, 96.4% of them, believe that in the process of medically assisted fertilization, it is necessary to provide women with psychological support.*

**Keywords:** medically assisted reproduction, mental health, social support, satisfaction with medical services

## 1.1. UVOD

Broj žena i parova koji se suočavaju s dijagnozom neplodnosti sve je veći u svijetu, tako i u Hrvatskoj. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2023.) neplodnost pogađa jedan od šest parova diljem svijeta. Neplodnost nije samo izazov u reproduktivnom smislu, već ima učinak na tjelesno zdravlje žene, obiteljsku dinamiku, društvene odnose, te na mentalno zdravlje žene i para. Nadalje, osim učinka na sveukupno zdravlje žene i para, neplodnost nosi sa sobom i ekonomske te demografske implikacije (Friščić i Kušević, 2013.). Radi se o višedimenzionalnom problemu koji se proteže kroz različite sfere života, ostavljajući dubok utjecaj na svakodnevnicu i doživljaj pojedinca te njihovih odnosa (Burns, 2013.).

Suočavanje s dijagnozom neplodnosti psihološki je izazovan i intenzivan proces te otvara potrebu za novim prilagodbama i promjenama planova u životu žene i para. Saznanje o neplodnosti često stvara značajan emotivni pritisak, pokrećući pitanja, brige i neizvjesnosti glede ostvarenja želje za roditeljstvom. Ovo izazovno razdoblje često zahtjeva emocionalnu, mentalnu i tjelesnu prilagodbu, dok žene i parovi pokušavaju uskladiti svoje životne ciljeve i želje s realnosti i ograničenjima koje im postavlja dijagnoza neplodnosti. Neostvareno majčinstvo može potaknuti duboku predanost i emocionalnu energiju prema ostvarenju te želje.

Mnoge žene i parovi u suočavanju s dijagnozom neplodnosti odlučuju se na postupak medicinski potpomognute oplodnje (MPO). Žene često čvrsto vjeruju u uspjeh postupka MPO-e, unatoč smanjenim izgledima za trudnoću (Taylor, 2003., Šimunić, 2012., Vaegter i sur., 2017.). MPO predstavlja poseban izazov za žene i parove koji su na taj način odlučili rješavati problem neplodnosti, s obzirom na svu medicinsku, psihološku i emocionalnu složenost tog procesa. Sam postupak izaziva emocionalnu napetost ženama zbog učestalosti ponavljanja postupaka, mogućih neuspjeha, nedostatka ili osjećaja nedovoljne podrške od strane partnera, obitelji, prijatelja i drugih ljudi koji su dio svakodnevnog života žene te ponekad i nezadovoljstva samom pruženom medicinskom uslugom. Postupci MPO mogu biti posebno stresni ženama koje su više puta doživjele neuspjeh u tom procesu, što može rezultirati većim osjećajem uznemirenosti i narušenosti mentalnog zdravlja žene. Nemogućnost postizanja majčinstva često donosi teret očekivanja i pritiska okoline, što dodatno povećava poteškoće mentalnog zdravlja, socijalne dobrobiti te svakodnevnog funkcioniranja. Ovaj emocionalni teret može rezultirati izraženim simptomima mentalnih poteškoća, utjecati na socijalnu dobrobit pojedinca te otežati uobičajene

dnevne aktivnosti. Mnoge žene se tijekom MPO postupka osjećaju anksiozno i suočavaju s raznim psihološkim simptomima (Jurić Vukelić, 2021.). Važno je istaknuti da, unatoč navedenim poteškoćama i izazovima, proces MPO također sa sobom nosi potencijal za jačanje partnerskih odnosa (Martins i sur, 2011.). Kroz zajedničko suočavanje s izazovima MPO parovi često razvijaju dublje razumijevanje i podršku jedno prema drugome. Svaka žena i svaki par prolaze kroz svoj jedinstveni emocionalni put suočavanja s izazovima MPO, no zajedničko im je prisutnost čimbenika rizika i zaštite koji imaju učinak na mentalno zdravlje u kontekstu dijagnoze neplodnosti i samog procesa MPO.

Obzirom na svu složenost problema i psihosocijalnih izazova povezanih sa suočavanjem s dijagnozom neplodnosti te empirijske praznine u području razumijevanja psihološke i socijalne dobrobiti žena u postupku MPO-e u Hrvatskoj, ovaj istraživački rad ima za svrhu proširiti spoznaju o mentalnom zdravlju i socijalnoj podršci žena koje prolaze kroz ovaj proces te steći uvid u zadovoljstvo pruženom uslugom. U praktičnom smislu, rezultati ovog istraživanja, mogu doprinijeti argumentaciji za potencijalna poboljšanja zdravstvenih usluga i intervencija usmjerenih osnaživanju i pružanju psihosocijalne podrške ženama tijekom procesa MPO-e.

### **1.1. Neplodnost i medicinski potpomognuta oplodnja**

Neplodnost se definira kao jedna od bolesti reproduktivnog sustava uz izostanak kliničke trudnoće nakon 12 ili više mjeseci redovnih nezaštićenih spolnih odnosa, odnosno nakon 6 mjeseci kod žena starijih od 35 godina (SZO, 2009.). Neplodnost se klasificira kao primarna ili sekundarna. Sekundarna neplodnost odnosi se na nemogućnost začeca kod žena koje su već ostvarile jednu ili više trudnoća (Nguyen i Wilcox, 2005.).

Sve je više parova koji se suočavaju s izazovima neplodnosti. Najnoviji podaci ukazuju da neplodnost pogađa jedan od šest parova diljem svijeta. U zemljama s visokim dohotkom (većina Europe) neplodnost pogađa 17,8 % odrasle populacije, a u zemljama nižeg i srednjeg dohodovnog razreda ta brojka iznosi 16,5% (SZO, 2023.). Organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), Američkog udruženja za reproduktivnu medicinu (ASRM), Europskog društva za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) te Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske redovito prate



i objavljuju podatke koji potvrđuju ovaj rastući trend<sup>1</sup>.

U Hrvatskoj se otprilike oko 80 000 parova suočava s izazovom neplodnosti (Bakić, 2020.). Šimunić (2012.) navodi da gotovo 15% parova nije u mogućnosti začeti dijete unutar godine dana nezaštićenih spolnih odnosa. Dodatnih 20% parova prolazi kroz privremene poteškoće u ostvarivanju trudnoće, dok se oko 12% njih oslanja na specijalizirane medicinske postupke kako bi postigli začecje. Ovi podaci ukazuju na kontinuirani trend porasta problema neplodnosti među parovima. Ministarstvo zdravstva RH, putem godišnjih izvješća<sup>2</sup>, također potvrđuje ovaj trend, prikazujući porast rođene djece i primjenu postupaka medicinski potpomognute oplodnje tijekom posljednjih 10 godina.

U svijetu se oko 17% parova suočava s dijagnozom neplodnosti, što je gotovo 50 milijuna parova (Šimunić i sur., 2020.). Prema istim autorima, postoji niz pokazatelja koji ukazuju na neprekidni rast ovog trenda, s prognozama da će se za deset godina čak 30% parova suočavati s izazovima neplodnosti. Tek oko 50% parova suočenih s neplodnosti zatraži liječničku pomoć, a oko 22% se odlučuje na liječenje (Boivini i sur., 2007.). S porastom trenda odgađanja roditeljstva, korištenjem efikasnih metoda kontracepcije te nedostatkom svijesti o problemima i uzrocima neplodnosti, sve češće se javlja šok i nevjerica kod parova kada se odluče za trudnoću. Nakon što dobiju dijagnozu neplodnosti i prođu kroz više postupaka medicinski potpomognute oplodnje, razina poteškoća mentalnog zdravlja dodatno se povećava (Grbavac, 2020.).

---

<sup>1</sup> Podaci dostupni na:

<https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>

<https://www.asrm.org/about-us/2023-annual-report/>

<https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalni-transplantacijski-program/godisnja-izvjesca/medicinski-pomognuta-oplodnja-3337/3337>

<sup>2</sup> Godišnja izvješća o MPO aktivnostima - preuzeto 3.7.2024. s <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalni-transplantacijski-program/godisnja-izvjesca/medicinski-pomognuta-oplodnja-3337/3337>

Metode medicinski potpomognute oplodnje (MPO) zajednički su naziv za sve kliničke i laboratorijske tehnike kojima se neplodnim parovima pomaže u ostvarenju začeća (Radaković, 2009.). MPO se odnosi na postupke intrauterine inseminacije (IUI), izvantjelesne oplodnje (IVF) i intracitoplazmatske injekcije spermija, koji se primjenjuje tek kada se svi ostali oblici liječenja pokažu neučinkovitim (Vaegter i sur., 2017.). Nažalost, Taylor (2003.) navodi da će 4% parova ostati bez djece nakon što su iscrpljene sve metode liječenja.

Prema najnovijem Godišnjem izvješću o MPO aktivnostima za 2021. godinu (MZ, 2022.), koje obuhvaća podatke za 2020. godinu, od ukupno 9556 provedenih postupaka MPO-e, najčešće korištena tehnika bila je ICSI s udjelom od 36%. Zatim slijede, tehnika transfera odmrznutih zametaka s udjelom od 25%, tehnika IVF s udjelom od 23%, IUI s učestalošću od 15%, te sekundarni ICSI s 1%. Kao rezultat tih postupaka, u Hrvatskoj je rođeno 1831 dijete. Kao i prethodne 2020. godine (u kojoj je rođeno 1540 djece), u 2021. godini, najveći broj MPO postupaka proveden je kod žena mlađih ili do 34 godine starosti (3137), zatim kod žena u dobi od 35 do 39 godina (2625), dok je najmanji broj postupaka izveden kod žena starijih od 40 godina (1554). Ključni pokazatelji uspješnosti MPO i dalje su najviši za najmlađu dobnu skupinu, odnosno žene mlađe od 34 godine. U usporedbi s pandemijskom 2020. godinom, u 2021. zabilježen je značajan porast broja transfera, kliničkih trudnoća i rođene djece, unatoč nastavku protupandemijskih mjera. Povećanje od 18,9% u odnosu na 2020. godinu svakako treba promatrati u kontekstu značajnog povećanja broja provedenih postupaka, unatoč izazovima koje je predstavljala COVID-19 pandemija.

Do danas je u svijetu rođeno 8 milijuna djece začeto IVF-om, a u Hrvatskoj više od 35 000 (Šimunić i sur., 2020.). Doprinos postupka MPO natalitetu u Europi prosječno iznosi 2,1%, a u Hrvatskoj doprinos MPO-e broju novorođenčadi iznosi 4,7% (Šimunić, 2020.).

U Hrvatskoj djelatnost MPO-e uređena je Zakonom o medicinski potpomognutoj oplodnji (NN 86/2012) i pripadajućim pravilnicima. Prema navedenom Zakonu, pravo na postupak oplodnje koji pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) obično se odnosi na žene do dobi od 42 godine. Ovo pravo uključuje šest pokušaja MPO-e, pri čemu je obaveza da se dva pokušaja izvrše u prirodnom ciklusu. Troškove dodatnih pokušaja snosi sama žena odnosno par.

U članku 13. Zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji (NN 86/2012) propisano je i pravo žene, odnosno para, na psihološko ili psihoterapijsko savjetovanje ukoliko se radi o

homolognoj oplodnji, a savjetovanje je obavezno ako se radi o heterogenoj oplodnji. Homologna oplodnja je proces oplodnje u kojem se koristi sjeme ili jajna stanica istog para koji se podvrgava postupku. S druge strane, heterogena oplodnja podrazumijeva postupak u kojem se koristi sjeme ili jajna stanica donora, što znači da nisu biološki povezani s parom koji prolazi postupak oplodnje.

Prema Zakonu o medicinski potpomognutoj oplodnji (NN 86/2012), stručnjak poput magistra psihologije ili liječnika specijalista psihijatrije obavezan je informirati bračne ili izvanbračne partnere o mogućim psihičkim posljedicama prije postupka heterologne oplodnje. Također, dužan je upoznati ih s pravnim značajem, učincima pristanka na planirani postupak heterologne oplodnje te obiteljsko-pravnim učincima.

Posebno je naglašeno pravo djeteta da sazna da je začeto putem MPO-e i o pravu da sazna identitet svojih bioloških roditelja. Osobe začete i rođene uz pomoć MPO darovnom stanicom ili zametkom, nakon navršenih 18 godina, imaju pravo na uvid u registar podataka o začeću, uključujući informacije o darivatelju/ici i podatke o vlastitom biološkom začeću. Roditelji su obvezni do 18. godine života djeteta obavijestiti ga o činjenici da je začeto uz pomoć MPO (NN 86/2012., Jurin Bakotić i Miškić, 2022.).

## **1.2. Mentalno zdravlje žena u postupku medicinski potpomognute oplodnje**

Mentalno zdravlje, prema definiciji SZO (2024.)<sup>3</sup>, označava stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, uspješno se nosi s uobičajenim stresovima života, radi produktivno, doprinosi zajednici i doživljava opću sreću. Ovaj koncept povezan je sa subjektivnim osjećajem dobrobiti, obuhvaćajući emocionalnu, psihološku, socijalnu, duhovnu i tjelesnu dimenziju, te je sastavni dio općeg zdravlja. Osoba koja njeguje dobro mentalno zdravlje je zadovoljna, pozitivna, sposobna uspostavljati bliske odnose, produktivna te se efikasno suočava sa životnim izazovima i stresom.

Mentalno zdravlje ne predstavlja samo odsutnost mentalnih poremećaja. Pojedinac može imati dijagnosticiran mentalni poremećaj, ali svejedno imati dobro mentalno zdravlje. S druge strane, netko tko nema dijagnosticiran mentalni poremećaj, ali se suočava sa stresnim životnim

---

<sup>3</sup> World Health Organization – Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report), preuzeto 3.7.2024. s <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>

okolnostima, može imati poteškoće mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021., Muslić i sur., 2024.). Mentalno zdravlje može biti narušeno različitim poteškoćama poput anksioznosti, depresije, trauma i stresa te može biti narušeno na kratak ili na dug period (Muslić i sur., 2024.).

Žene koje prolaze kroz liječenje neplodnosti vrlo često se suočavaju s poteškoćama mentalnog zdravlja. Psihološke i emocionalne posljedice neostvarene želje za potomstvom često su nedovoljno prepoznate, ističući negativne reakcije na postavljenu dijagnozu i postupke potpomognute oplodnje. Ove reakcije uključuju visoke razine stresa, smanjenu kvalitetu života, osjećaj usamljenosti, probleme u partnerskim odnosima te simptome anksioznosti i depresije (Verhaak i sur., 2006.). Poteškoće mentalnog zdravlja povezane s neplodnošću često uključuju negativnu sliku o sebi, osjećaj krivnje i srama, visoku razinu psihofizičkog stresa, depresivnost, anksioznost i somatizaciju (Martins i sur., 2011.). Žene s dijagnozom neplodnosti doživljavaju frustraciju, ljutnju i tugu, dovodeći u pitanje vlastiti osjećaj ženstvenosti i identiteta (Domar i sur., 2012.). Također, parovi suočeni s dijagnozom neplodnosti mogu iskazivati poteškoće u osobnom životu, kvaliteti emocionalnih i seksualnih odnosa, te odnosima s obitelji i prijateljima (Peterson, Newton i Feingold, 2007.).

Grbavac (2020.) ističe da razdoblje definiranja dijagnoze i liječenja neplodnosti, posebice tijekom postupka MPO-e, može predstavljati izrazito stresan period za parove. Primjerice, žene koje prolaze kroz MPO-e suočavaju se s izazovima svakodnevnog samostalnog davanja injekcija tijekom jednog ili više tjedana kako bi potaknule proizvodnju jajnih stanica. Dodatno, žene redovito odlaze u bolnicu radi ultrazvučnog praćenja rasta folikula, te na kraju prolaze kroz transvaginalnu aspiraciju jajnih stanica. Nakon što dođe do oplodnje jajnih stanica spermijima u laboratoriju za MPO, embrij se razvija i vraća u maternicu u nadi uspješne trudnoće. Cijeli postupak uključuje i period čekanja od 12 do 14 dana nakon embriotransfera kako bi se utvrdilo postojanje trudnoće. U slučaju negativnih rezultata, parovi se mogu suočiti s potrebom za ponovnim započinjanjem MPO postupka. Važno je istaknuti da trajanje ovakvih postupaka može varirati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina, što ukazuje na potencijalne kratkoročne i dugoročne posljedice na tjelesno i mentalno zdravlje i kvalitetu života žena, muškaraca i parova koji prolaze kroz proces liječenja. Ovaj kompleksan postupak, koji uključuje niz medicinskih intervencija i iščekivanja, jasno ilustrira stres s kojim se parovi suočavaju tijekom dijagnoze i liječenja neplodnosti. Percipirani stres kod parova suočenih s dijagnozom neplodnosti usporediv

je s onim kod pacijenata sa zdravstvenim dijagnozama poput karcinoma ili kardiovaskularnih bolesti (Pasha, 2011.).

Rooney i Domar (2018.) ističu da postoji značajan rizik od psihijatrijskih poremećaja kod žena koje prolaze kroz postupak MPO-e, naglašavajući potrebu za prepoznavanjem i pružanjem podrške tim ženama i parovima. Glover, Gannon i Abel (1999.) navode potencijalne uzroke visoke razine anksioznosti kod žena tijekom liječenja neplodnosti kao što su: suočavanje s vjerojatnošću neuspjeha, tjelesno i psihički bolan postupak IVF-a, očekivanja bliskih osoba, osjećaj krivnje zbog nemogućnosti ostvarenja partnerove želje za roditeljstvom. Čimbenici, kao što su stresori povezani s procesom MPO, socijalni i bračni stresori te osobna značajnost postizanja biološkog roditeljstva, krivnja i sram, niska razina socijalne podrške, imaju učinak na percepciju stresa i samopoštovanje žena u postupku, često rezultirajući visokom razinom anksioznosti i depresivnosti (Jurić Vukelić, 2021.). Anksioznost i depresivnost dodatno otežavaju emocionalno iskustvo žene koja prolazi kroz proces liječenja neplodnosti. Sama anksioznost je često povezana s depresijom, koja predstavlja jedan od češćih problema mentalnog zdravlja te može varirati u intenzitetu, od blage i prolazne do ozbiljne i dugotrajne (Štimac Grbić, 2022.). Depresija često prati dijagnozu neplodnosti, što može rezultirati osjećajem gubitka identiteta, nepotpunosti, nekompetentnosti ili socijalne stigmatiziranosti (Al-Alsadi i Husein, 2015.). Izraženi simptomi depresije povezani su s otežanim svakodnevnim funkcioniranjem i visokom razinom stresa u postupku liječenja žene i kod njihovih partnera (Rockliff i sur., 2014.).

Rezultati istraživanja Smeenk i sur. (2001.) i Volgsten i sur. (2010.) ukazuju na povećanu anksioznost i depresivnost kod žena s nižom stopom uspješnosti IVF-a u postupku MPO-e. Istraživanje Verma i sur. (2015.) ukazalo je na to da su visoka životna dob, nezaposlenost, prethodni spontani pobačaji i percepcija stresa žene značajni čimbenici rizika za razvoj simptoma depresivnosti i anksioznosti tijekom procesa IVF-a. Depresivnost posebno postaje izražena nakon neuspjeha IVF postupaka (Lok i sur., 2002.). Istraživanja pokazuju kako razina depresivnosti kod neplodnih parova raste i nakon 6 mjeseci od neuspjelog pokušaja (Verhaak i Hammer Burns, 2006.). Volgsten i sur. (2010.) navode da negativni rezultati testa na trudnoću izazivaju depresiju. Zbog toga se ženama i parovima u postupku MPO preporuča psihološko savjetovanje između prijenosa zametka i testiranja na trudnoću (Yong, Martin i Thong, 2000.).

Brandes i sur. (2009.) ističu da žene koje su već uključene u metode liječenja često identificiraju stres kao najčešći razlog odustajanja od daljnjih tretmana nakon neuspješnog postupka ili više njih. Također, negativan učinak neuspjeha liječenja na odnos s partnerom te anksioznost izazvana mislima na medicinske intervencije mogu biti čimbenici koji pridonose odluci o odustajanju od daljnjeg tretmana (Domar i sur., 2010.). Iako mala doza brige može biti korisna, pretjerana anksioznost može dovesti do osjećaja preplavljenosti strahom.

Žene često odbijaju medicinske intervencije u liječenju neplodnosti zbog straha od stigmatizacije, nedostatka podrške obitelji i/ili društva te anksioznosti izazvane potencijalno invazivnim postupcima (Wischmann i sur., 2001.). Postupci MPO-e, poput IVF-a, koji uključuju niz invazivnih postupaka, česte medicinske preglede i financijske izdatke, mogu izazvati negativne emocionalne reakcije, visoke razine narušenosti mentalnog zdravlja, te povećati vjerojatnost odustajanja od postupka (Van den Broeck i sur., 2009.; Domar i sur., 2012.). Stoga, Maroufizadeh i sur., (2016.) sugeriraju da je važno uzeti u obzir razinu psihološkog stresa u liječenju neplodnosti kako bi se optimiziralo zadovoljstvo životom i osnažilo ženu i par u postupku.

Suvremena istraživanja sve češće u fokus stavljaju prepoznavanje čimbenika zaštite i otpornosti u odnosu na problematiku i liječenje neplodnosti. Cilj takvog istraživačkog pristupa je na empirijskim dokazima temeljiti kreiranje programa odgovarajuće podrške ženama i parovima s problemom neplodnosti, a koji uzimaju u obzir snage i resurse pojedinca. Ovaj pristup ima za svrhu prevenciju poteškoća mentalnog zdravlja te poticanje konstruktivnih načina suočavanja s izazovima koje donosi proces MPO-e (Domar i sur., 2012.). Fokus je na održavanju nade i optimizma u vezi ostvarivanja trudnoće i biološkog roditeljstva, što predstavlja poseban izazov u zahtjevnom procesu MPO-e (Campbell, Dunkel-Schetter i Peplau, 1991.). Također, pristup usmjeren na očuvanje pozitivnog mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021.; Muslić i sur., 2024.) naglašava nužnost sveobuhvatnog pristupa u liječenju i pružanju psihosocijalne podrške ženama i parovima koji pored zdravstvenih stručnjaka, uključuju i različite stručnjake za mentalno zdravlje, kao i pravnike. Ovakav multidisciplinarni tim ima za cilj pružiti cjelovitu i kompleksnu podršku ženama i parovima koji prolaze kroz proces liječenja neplodnosti (Braverman i sur., 2015.) pri čemu bi psihološka procjena i intervencija podrške mentalnom zdravlju trebala biti sastavni dio medicinskog tretmana neplodnosti (Jurić Vukelić, 2021.).

### **1.3. Socijalna podrška u postupku medicinski potpomognute oplodnje**

Socijalna podrška predstavlja važan zaštitni čimbenik u svakodnevnom životu i suočavanju s različitim okolnostima koji imaju učinak na mentalno zdravlje pojedinca. Ova podrška odnosi se na percipiranu brigu, poštovanje ili pomoć koju osoba prima od drugih ljudi ili grupa (Sarafino, 2002.).

Jenkins (2019.) ističe da percipirana socijalna podrška oblikuje način na koji žene i parovi promatraju sebe, nose se s neplodnošću i dodjeljuju značenje tom životnom izazovu. Osim što ima učinak na mentalno zdravlje žene i para, socijalna podrška ima učinak i na odluke o nastavku ili prekidu medicinskog tretmana (Vassard i sur., 2012., prema Jestrović, 2021.). Oko 70% žena i 60% muškaraca oslanja se na svoje supružnike kao izvor socijalne podrške, a i žene i muškarci ocjenjuju svoje supružnike kao najkorisniji izvor podrške tijekom tretmana neplodnosti (Boivin i sur., 1998., prema Milovanović, 2018.).

Emocionalne reakcije na neplodnost često imaju i socijalne posljedice, poput izbjegavanja druženja s prijateljima koji imaju djecu ili izolacije od članova obitelji koji postavljaju pitanja o planiranju roditeljstva. Socijalna izolacija povezana je s povećanom razinom depresivnosti i stresa (Bekavac, Nekić i Tucak-Junaković, 2015.). Pokazalo se da dijagnoza neplodnosti može pridonijeti poremećajima u osobnom životu, emocionalnim i seksualnim odnosima te odnosima sa suradnicima na poslu, obitelji i prijateljima (Peterson i sur., 2012.).

Martins i sur. (2011.) opisuju ulogu socijalne podrške u prilagodbi žena tijekom liječenja neplodnosti, istražujući njezin učinak na stresne aspekte neplodnosti i povezujući ih s različitim strategijama suočavanja. Njihovo istraživanje ukazalo je na značajnu ulogu podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja u suočavanju sa stresom tijekom procesa MPO-e. Pokazalo se da žene koje percipiraju veću podršku od strane svog partnera, osjećaju manje stresa povezanog s njihovim partnerskim odnosom, seksualnim pitanjima i prihvaćanjem života bez djece. Partnerska podrška rezultira manjim stresom po pitanju poteškoća vezanih uz neplodnost jer žene često koriste strategije traženja smisla u teškim situacijama, čime se smanjuje ukupna razina stresa. Također, podrška od strane prijatelja smanjuje socijalni stres, dok podrška od strane članova obitelji ima pozitivan učinak na smanjenje stresa u suočavanju s dijagnozom i cijelim procesom liječenja neplodnosti.

Nedostatak podrške, osobito od strane partnera, može rezultirati većim percipiranim stresom, anksioznošću i depresijom (Matsubayashi i sur., 2004.). Nadalje, istraživanja ukazuju na

povezanost visoke razine socijalne podrške s nižim razinama anksioznosti i depresivnosti (Lechner, Bolman i Dalen, 2007.) te smanjenim stresom povezanim s dijagnozom i liječenjem neplodnosti (Schmidt i sur., 2005.).

Balentović (2012.) navodi da uz emocionalnu podršku postoji i savjetodavna i instrumentalna podrška, koje imaju ključnu ulogu u procesu liječenja neplodnosti i prolaska kroz postupak MPO-e. Instrumentalna podrška podrazumijeva pružanje materijalne pomoći i usluga, dok savjetodavna uključuje davanje savjeta i informacija. Međutim, u praksi se primjećuje da je savjetodavna podrška često nedovoljno iskorištena, iako je dostupna pod vidom stručnjaka za mentalno zdravlje.

Zakon o medicinski potpomognutoj oplodnji (NN 86/2012) navodi da savjetodavnu podršku pružaju psiholozi i druge stručne osobe za mentalno zdravlje, no nedovoljno često se koristi ili se parovima rijetko predlaže od strane liječnika ili medicinskog osoblja (Jurin Bakotić i Miškić, 2022.). U samom procesu liječenja neplodnosti, interakcije parova s liječnicima, medicinskim sestrama i ostalim članovima stručnog tima mogu imati dvostruki dojam. S jedne strane, ove interakcije percipiraju se kao podržavajuće, pružajući pacijentima osjećaj da su u sigurnim rukama stručnjaka koji brinu o njihovom zdravlju. No, s druge strane, parovi ponekad mogu doživjeti osjećaj neshvaćenosti i nedostatka podrške, te ih može obuzeti dojam da su samo još jedni od mnogih neplodnih pacijenata (Ridenour, Yorgason i Peterson, 2009., prema Jestrović i Mihić, 2020.). Upravo zbog tih izazova važno je naglašavati ulogu i dostupnost savjetodavne podrške u procesu liječenja neplodnosti, pružajući dodatnu podršku i informacije parovima koji prolaze kroz ovaj zahtjevan proces.

Istraživanja sugeriraju da pacijentice često izražavaju nezadovoljstvo načinom na koji se medicinsko osoblje nosi s njihovim negativnim emocijama tijekom različitih faza tretmana neplodnosti. Osim toga, istraživanja ukazuju na izostanak vještina savjetovanja i pružanja osnovne psihosocijalne podrške, što dodatno doprinosi percepciji nedostatka podrške pacijenata (Jestrović i Mihić, 2020.). U tom kontekstu, važno je naglasiti da pružanje emocionalne podrške od strane medicinskog osoblja treba imati važnu ulogu u procesu liječenja neplodnosti. Ova podrška može imati značajan učinak na doživljaj parova, povećavajući njihovo razumijevanje, povjerenje i zadovoljstvo pruženom zdravstvenom skrbi i medicinskim postupkom. Stoga, medicinsko osoblje treba biti osviješteno o važnosti psihološke podrške u kontekstu neplodnosti te unaprijediti vještine



i pristup kako bi bolje odgovorilo na emocionalne potrebe parova koji prolaze kroz ovaj izazovan proces liječenja (Jestrović i Mihić, 2020.).

Dostupni rezultati spomenutih istraživanja jasno ukazuju na ključnu ulogu podrške iz socijalnog okruženja, posebice od strane partnera, prijatelja i obitelji u suočavanju s dijagnozom i procesom liječenja neplodnosti. Instrumentalna podrška, emocionalna podrška i savjetodavna podrška, bilo od strane partnera ili obitelji, mogu imati značajan pozitivan učinak na olakšavanje suočavanja s dijagnozom i procesom MPO-e. Instrumentalna podrška, koja uključuje konkretnu materijalnu pomoć i usluge, može pridonijeti praktičnom olakšavanju rješavanja izazova s kojima se nose žene i parovi tijekom liječenja. To može uključivati financijsku podršku, organizaciju termina ili drugu konkretnu pomoć koja olakšava proces MPO-e. S druge strane, savjetodavna podrška, pružanje savjeta i informacija od strane stručnjaka ili voljenih osoba, može imati ključnu ulogu u smanjenju stresa i jačanju mentalnog i emocionalnog stanja parova koji prolaze kroz postupak liječenja neplodnosti.

## 2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati povezanost mentalnog zdravlja sa sociodemografskim obilježjima, percipiranom socijalnom podrškom te zadovoljstvom medicinskom uslugom žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje.

Istraživački problemi i hipoteze:

P1: Ispitati povezanost između određenih sociodemografskih čimbenika i mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje.

H1: Postoji statistički značajna povezanost između određenih sociodemografskih čimbenika i mentalnog zdravlja, pri čemu lošije mentalno zdravlje imaju starije žene, one s nižim prihodima te one koje su prošle kroz veći broj postupaka medicinski potpomognute oplodnje.

P2: Ispitati povezanost mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena koja prolaze postupak medicinski potpomognute oplodnje.

H2: Postoji statistički značajna povezanost mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena u postupku medicinski potpomognute oplodnje, pri čemu će žene koje percipiraju veću socijalnu podršku iskazivati manje poteškoća mentalnog zdravlja.

P3: Ispitati povezanost mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje.

H3: Postoji statistički značajna povezanost razine mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze postupak medicinski potpomognute oplodnje, pri čemu će žene koje imaju veće zadovoljstvo pruženom uslugom iskazivati manje poteškoća mentalnog zdravlja.

### 3. METODA ISTRAŽIVANJA

U cilju ispitivanja povezanosti dimenzija mentalnog zdravlja s različitim varijablama, poput sociodemografskih obilježja, socijalne podrške te zadovoljstva pruženom uslugom, odabran je kvantitativni istraživački pristup. Kroz sustavno prikupljanje i analizu podataka, istraživanje ima za cilj dublje razumijevanje učinka navedenih varijabli na razinu mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz postupak MPO-e.

#### 3.1. Uzorak

Istraživanje je provedeno na populaciji žena koje su trenutno u procesu medicinski potpomognute oplodnje, s vremenskim razmakom od najviše 6 mjeseci od posljednjeg postupka. U uzorak sudionica istraživanja uključene su žene koje su pristupile ispunjavanju online upitnika dijeljenog putem društvenih mreža u grupama na temu potpomognute oplodnje<sup>4</sup>. Ispunjavanju online upitnika pristupilo je 281 žena, od čega 29 nije odgovaralo ciljanoj populaciji žena koje su trenutno u postupku potpomognute oplodnje s vremenskim razmakom od najviše 6 mjeseci od zadnjeg postupka. Obzirom na ciljanoj populaciji istraživanja u uzorak sudionica uključeno je 252 žena (n=252), odnosno 90,4% onih koje su ispunile online upitnik.

Uključene sudionice odabrane su putem ne-probabilističke metode prigodnog uzorka. Prema Milas (2009.), prigodni uzorak čini dio osnovnog skupa koji je, iz određenih razloga, najdostupniji za istraživanje. U istraživanju je odabrana ova metoda jer omogućava u kraćem vremenu obuhvatiti veći broj ispitanika bez dodatnih troškova terenskog istraživanja. Također, pretpostavili smo da neke poliklinike u Republici Hrvatskoj ne bi dale pristanak za provedbu istraživanja u njihovim prostorima. Potrebno je naglasiti da prigodni uzorak može imati nedostatak u reprezentativnosti, s obzirom da su sudionici odabrani na temelju praktičnosti ili dostupnosti, što može rezultirati manje reprezentativnim uzorkom (Milas, 2009.).

---

<sup>4</sup> Facebook grupe kao što su MissMAMA MPO cure, IVF-mame i trudnice, Bura savjetovanja, Trudnice i mama-iskustva i savjeti, Želim bebu- planiranje trudnoće i trudnoća, Neplodnost-iskustva te RODA Plodnost. Na Instagram profilu Ivf-borba, na stranici Moja i vaša životna priča te na forumu MissMAMA potpomognuta oplodnja vol.8.

Tablica 3.1.1.  
*Dob sudionica*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Dob sudionika	252	24	46	33,98	4,618

Iz tablice 3.1.1 vidljiva je prosječna dob žena koje su sudjelovale u istraživanju, a koja iznosi 34 godine (M=33,98).

Tablica 3.1.2  
*Radni status sudionica*

	<b>N</b>	<b>%</b>
Zaposlena	236	93,7
Nezaposlena	10	4,0
Nisam aktivna na tržištu rada	5	2,0
Drugo	1	0,4

Najveći broj žena, čak njih 93,7% je u radnom odnosu (Tablica 3.1.2).

Tablica 3.1.3.  
*Stupanj obrazovanja sudionica*

	<b>N</b>	<b>%</b>
SSS	77	30,6
preddiplomski ili diplomski studij	144	57,1
poslijediplomski studij	31	12,3

Na temelju podataka iz Tablice 3.1.3. vidljivo je da je većina sudionica, odnosno 57,1%, završilo preddiplomski ili diplomski studij, dok je 12,3% njih steklo poslijediplomsku kvalifikaciju, dok 30,6% sudionica ima srednju stručnu spremu.

Tablica 3.1.4.

*Trajanje neplodnosti i broj postupaka medicinski potpomognute oplodnje*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Trajanje neplodnosti	250	0	15	3,48	2,432
Broj postupaka MPO	252	1	13	3,42	2,373

Rezultati prikazani u Tablici 3.1.4. pokazuju da je prosječno trajanje liječenja sudionica u istraživanju 3,5 godina, pri čemu najduže razdoblje liječenja od neplodnosti iznosi 15 godina. Kada je riječ o broju pokušaja potpomognute oplodnje, sudionice u prosjeku navode M=3,42 pri čemu je najmanji broj pokušaja jedan, a najveći 13 puta.

Tablica 3.1.5.

*Bračni status*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Udana	199	79,0
Samac	1	0,4
Izvanbračna zajednica	51	20,2
Razvedena	1	0,4
Ukupno	252	100,0

Podaci u Tablici 3.1.5. o bračnom statusu uzorka sudionica vidljivo je da se čak 79% žena nalazi u bračnoj zajednici, dok je 20,2% njih u izvanbračnoj zajednici. Analizirajući trajanje veze sa sadašnjim partnerom, najveći postotak, odnosno 43,4%, žena izjasnilo se da su u vezi 6 do 10 godina. Slijedi skupina od 27,5% žena koje su u vezi 11 do 15 godina, dok je 19,9% njih izjavilo da su u vezi 3 do 5 godina. Manji postotak, 8,4%, odnosi se na sudionice koje su u vezi s trenutnim partnerom više od 15 godina.

Tablica 3.1.6.  
*Djeca i broj djece*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Da	52	20,6
Ne	200	79,4
Ukupno	252	100,0

Od ukupnog broja žena koje su sudjelovale u istraživanju, njih 20,6% (N=52) izjavilo je da su majke (Tablica 3.1.6.). Među njima, 17,9% (N=45) ima jedno dijete, 2,4% (N=6) ima dvoje djece, dok 0,8% (N=2) ima troje djece.

Tablica 3.1.7.  
*Procjena materijalnog statusa sudionica*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Vrlo loše, znatno slabije od većine drugih	2	0,8
Loše, slabije od većine drugih	8	3,2
Srednje, kao u većini drugih	124	49,2
Dobro, bolje od većine drugih	103	40,9
Odlično, znatno bolje od većine drugih	15	6,0
Ukupno	252	100,0

Većina ispitanih žena, gotovo njih polovica (49,2%) procijenila je svoj materijalni status srednjim, kao u većini drugih. Nadalje, 40,9% procjenjuje svoje materijalno stanje boljim od većine drugih. Samo 4% žena izjavilo je da njihovo materijalno stanje loše ili vrlo loše (Tablica 3.1.7.).

### **3.2. Mjerni instrumenti**

U svrhu ovog istraživanja, izrađen je online anketni upitnik koji se sastojao od Upitnika sociodemografskih obilježja, CORE-OM upitnika i MSPPS upitnika. Istraživanje je provedeno putem platforme Google Forms, ciljajući žene koje se trenutno nalaze u postupku medicinski potpomognute oplodnje ili su nedavno prošle kroz taj postupak, s vremenskim razmakom od najviše šest mjeseci od posljednjeg provedenog postupka.

Mjerni instrumenti korišteni u istraživanju su:

1. *Upitnik sociodemografskih obilježja* konstruiran je za potrebe ovog istraživanja, a obuhvaća varijable o dobi ispitanika, bračnom stanju, visini prihoda, broju djece, trajanju veze s partnerom, stručnoj spremi, trajanju neplodnosti, pitanja o korištenju psihološke podrške i zadovoljstva uslugom. Ovako oblikovan upitnik omogućuje prikupljanje šireg spektra relevantnih informacija kako bi se ispitale različite dimenzije i faktori povezani s iskustvom neplodnosti kod ispitanica.

2. *CORE-OM upitnik* (engl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*), koji se primjenjuje kako bi se ispitale dimenzije mentalnog zdravlja, poteškoće u funkcioniranju i rizična ponašanja. Upitnik obuhvaća 34 čestice, putem kojih sudionice ocjenjuju učestalost svojih osjećaja opisanih tijekom navedenog postupka medicinski potpomognute oplodnje, uz uvjet da od zadnjeg postupka nije prošlo više od šest mjeseci. Sudionice odgovaraju na pitanja koristeći ljestvicu od 0 do 4, pri čemu 0 označava "nikad", 1 - "vrlo rijetko", 2 - "ponekad", 3 - "često", 4 - "gotovo uvijek". Čestice se odnose na četiri ispitivane dimenzije: subjektivnu dobrobit (4 čestice, npr. *Bila sam optimistična u vezi svoje budućnosti.*); probleme/simptome narušenog mentalnog zdravlja (12 čestica, npr. *Uznemiravale su me neželjene misli i osjećaji.*); svakodnevno funkcioniranje (12 čestica, npr. *Mogla sam se nositi s poteškoćama.*) i rizična ponašanja (6 čestica, npr. *Razmišljala sam kako bi bilo bolje da me nema.*). Na upitniku se formira ukupni rezultat i rezultat na pojedinim dimenzijama. Sve čestice, osim onih koje se odnose na rizična ponašanja, mogu se prikazati kao prosjek svih dobivenih rezultata, pri čemu se ukupan rezultat dijeli s brojem čestica koje čine ljestvicu ili dimenziju. Ne preporuča se izračunavanje prosječnih rezultata ako sudionik nije odgovorio na 10% čestica na pojedinoj dimenziji, odnosno ako nedostaje barem jedan odgovor na dimenzijama rizična ponašanja i subjektivna dobrobit te ako nedostaje odgovor na više od jedne čestice na dimenzijama problemi i funkcioniranje. Upitnik ima zadovoljavajuću unutarnju i test-retest pouzdanost (Jokić-Begić i sur., 2014.). Ovaj su upitnik sastavili autori Michael Barkham i Chris Evans 1998. godine u Velikoj Britaniji. Isti se široko primjenjuje u različitim psihološkim kontekstima, obuhvaćajući sve razine psihološke skrbi, od trijaže do praćenja terapijskih učinaka (Jokić-Begić i sur., 2014.).

3. MSPPS upitnik, tj. *Multidimensionalna skala percipirane socijalne podrške* razvijena je kao skala samoprocjene subjektivne percepcije socijalne podrške. Skala se sastoji od 12 tvrdnji prikazane na Likertovoj skali od sedam stupnjeva, pri čemu 1 označava "uopće se ne slažem, 2 - "umjereno se slažem, 3- "ne slažem se", 4 - "nemam mišljenje/neutralna sam, 5- "slažem se", 6 - "umjereno se slažem" i 7 - "potpuno se slažem". MSPPS se strukturira kao bi mjerio percepciju prikladnosti podrške od tri ključna izvora: obitelji (čestice 3, 4, 8 i 11, npr. *Moja obitelj mi zaista nastoji pomoći.*), prijatelja (čestice 6, 7, 9, 12, npr. *Moji prijatelji mi zaista pokušavaju pomoći.*) te značajni drugi (čestice 1, 2, 5 i 10). U svrhu ovog istraživanja, skala je prilagođena zamjenjujući kategoriju „značajnih drugih“ s partnerom, kako bismo bolje istražili odnos između partnera koji zajedno prolaze postupak MPO-e. Čestice 1, 2, 5 i 10 su prilagođene, čestica 1 sada glasi: „*Imam partnera koji je uz mene kada trebam pomoć.*“; čestica 2: „*Imam partnera s kojim mogu podijeliti svoje veselje i tugu,*“; čestica 5: „*Imam partnera s kojim se osjećam zaista ugodno.*“ i čestica 10: „*Mojem partneru je stalo do moji osjećaja*“. Za izračun se koristi ukupan prosječan rezultat za sve čestice skale i svaku podljestvicu. Ukupan rezultat dobiva se zbrajanjem svih odgovora i može se kretati u rasponu od 12 do 84. Raspon rezultata podijeljen je na tri kategorije: rezultat od 12 do 48 smatra se niskim stupanjem percipirane socijalne podrške, rezultat od 49 do 68 smatra se umjerenim stupanjem percipirane socijalne podrške, a rezultat od 69 do 84 smatra se visokim stupanjem percipirane socijalne podrške. Također, moguće je izračunati rezultat za svaku podljestvicu zbrajanjem odgovora na česticama svake subskale. Najmanji mogući rezultat je 4, a najveći 28. Cronbach alfa za podskalu " Obitelji" iznosi 0,87, za "Značajnu drugu osobu" 0,91, za "Bliske prijatelje" 0,85, a za skalu u cijelosti 0,88. Instrument je višestruko validiran, a rezultati istraživanja pokazuju odlične koeficijente interne konzistencije i pouzdanosti test-retestova. Cronbach alfa varira od 0,81 do 0,98 na kliničkim uzorcima i od 0,92 do 0,94 na kliničkim uzorcima (Zimet i sur., 1988.).

U prilogu rada (vidjeti Prilog 1), nalazi se anketni upitnik koji se koristio u istraživanju.



### **3.3. Postupak istraživanja**

Prikupljanje podataka provodilo se u vremenskom razdoblju od 7. studenog 2023. do 12. prosinca 2023. godine. Podaci su prikupljeni metodom online anketnog upitnika distribuiranog putem društvenih mreža, uključujući Facebook i Instagram, te na forumima koji su specifično povezani s temom istraživanja, odnosno problematikom neplodnosti. Ovim pristupom omogućilo se sudjelovanje osoba, odnosno žena, zainteresiranih za temu, doprinoseći raznolikosti i relevantnosti prikupljenih informacija.

Tijekom provedbe istraživanja posebno je posvećena pažnja etičkim aspektima provođenja istraživanja, s obzirom na osjetljivost istraživane teme. Sudjelovanje u istraživanju bilo je u potpunosti dobrovoljno, a sudionice su imale mogućnost odustajanja od istraživanja u svakom trenutku bez ikakvih posljedica. Sudionice su bile upoznate sa svrhom, ciljem i načinom provođenja istraživanja te činjenicom da će se dobiveni rezultati koristiti isključivo u znanstvene svrhe, tj. u svrhu pisanja studentskog istraživačkog rada, te da će se prikazivati skupno. Istraživanje je bilo u potpunosti anonimno. Sudionicama se jamčilo da se prilikom prikupljanja podataka neće bilježiti IP adrese. Također, ostavljena je mogućnost dobivanja konačnih rezultata istraživanja na uvid te je istaknut kontakt, odnosno e-mail adresa na koju su se sudionice mogle javiti i zatražiti rezultate na uvid ili obratiti u slučaju bilo kakvih nejasnoća ili pitanja prilikom ispunjavanja upitnika.

### **3.4. Obrada podataka**

Rezultati ovog istraživanja proizašli su iz analize podataka prikupljenih putem anketnog upitnika, koji su zatim obrađeni pomoću statističkog paketa SPSS 25. U svrhu obrade sociodemografskih podataka i prikaza ukupnih rezultata koristila se deskriptivna statistika, dok je za izračune povezanosti različitih sociodemografskih obilježja, mentalnog zdravlja, socijalne podrške i zadovoljstva pruženom uslugom žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje korišten Pearsonov koeficijent korelacije.

#### 4. REZULTATI

U nastavku slijedi prikaz dobivenih rezultata o obilježjima liječenja, o potrebi za psihološkom pomoći i podrškom od strane stručnjaka za mentalno zdravlje, zadovoljstvom medicinskom uslugom i socijalnom podrškom. Potom slijedi prikaz rezultata za postavljene istraživačke probleme i postavljene hipoteze.

Tablica 4.1.

*Liječenje u javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Javna zdravstvena ustanova	90	35,7
Privatna zdravstvena ustanova	93	36,9
Obje	69	27,4
Ukupno	252	100,0

Iz Tablice 4.1. vidljivo je da se parovi gotovo podjednako odlučuju za liječenje u javnim zdravstvenim ustanovama, tako i u privatnim.

Većina sudionica (49,6%) ističe da se u potpunosti liječila na teret HZZO-a, dok 26,6% navodi da se djelomično liječilo s podrškom HZZO-a, 23,8% parova izvještava da se u potpunosti liječilo o vlastitom trošku.

Tablica 4.2.

*Potreba za psihološkom pomoći i podrškom od stručnjaka za mentalno zdravlje tijekom zadnjeg postupka*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Da	181	71,8
Ne	64	25,4
Ne sjećam se	7	2,8
Ukupno	252	100,0

Rezultati su pokazali da sudionice značajno izražavaju potrebu za psihološkom pomoći i podrškom od strane stručnjaka za mentalno zdravlje. Gotovo 2/3 sudionica (71,8%), ističe da im je bila

potrebna psihološka pomoć tijekom zadnjeg postupka potpomognute oplodnje, a posebno su je smatrale neophodnom u situacijama neželjenih ishoda. Čak 51,2% žena navelo je takvu vrstu pomoći neophodnom. Rezultati nadalje pokazuju da, unatoč prepoznavanju potrebe za psihološkom podrškom, 81% žena nije koristilo usluge psihološke podrške u vezi s postupkom medicinski potpomognute oplodnje. S druge strane, od 19% žena koje su koristile psihološku podršku njih 41,7% je izvijestilo da im je ta podrška značajno pomogla.

Tablica 4.3.

*Upotreba slobodnih dana ili bolovanja zbog psiholoških izazova povezanih s procesom liječenja neplodnosti kod sudionica*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Da	131	52,2
Ne	113	45,0
Nisam zaposlena	7	2,8
Ukupno	252	100,0

Iz rezultata prikazanih u Tablici 4.3. proizlazi da je značajan udio ispitivanih žena, točnije 52,2%, uzelo slobodan dan na poslu ili bolovanje zbog psiholoških poteškoća povezanih s procesom liječenja neplodnosti.

Tablica 4.4.

*Koliko žene smatraju da je nužna psihološka podrška tijekom procesa MPO*

	<b>Frekvencije</b>	<b>%</b>
Da	244	97,2
Ne	2	0,8
Nisam sigurna	5	2,0
Ukupno	251	100,0

Rezultati prikazani u Tablici 4.4. pokazuju da čak 97,2% žena prepoznaje važnost psihološke podrške tijekom procesa medicinski potpomognute oplodnje. Unatoč tome, istraživanje pokazuje da njih 83,3% nije nikada dobilo ponudu za psihološku podršku od zdravstvene ustanove u kojoj su prošle proces medicinski potpomognute oplodnje.

#### 4.1. Ukupni rezultati zadovoljstva medicinskom uslugom, mentalnim zdravljem i socijalnom podrškom

Tablica 4.1.1.  
*Zadovoljstvo medicinskom uslugom*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Zadovoljstvo medicinskom uslugom	252	1,20	5,00	3,9397	0,945

Rezultati prikazani u Tablici 4.1.1. pokazuju uglavnom zadovoljstvo žena medicinskim uslugama tijekom liječenja neplodnosti, s prosječnom ocjenom od 4 ( $M=3,9397$ ,  $SD=0,945$ ). Posebice visoko zadovoljstvo izraženo je u povjerenju prema liječniku koji ih je vodio tijekom medicinski potpomognute oplodnje ( $M=4,01$ ,  $SD=1,056$ ), pristupu medicinskog osoblja ( $M=4,10$ ,  $SD=1,005$ ), komunikaciji s liječnikom ( $M=3,90$ ,  $SD=1,123$ ) i kvaliteti usluge liječenja ( $M=3,86$ ,  $SD=1,060$ ). Najmanje zadovoljstva iskazano je količinom pomoći koju su primile u zdravstvenoj ustanovi tijekom postupka medicinski potpomognute oplodnje ( $M=3,83$ ,  $SD=1,080$ ).

Tablica 4.1.2.  
*Mentalno zdravlje kod žena u MPO*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Subjektivna dobrobit	252	0,00	4,00	1,89	0,820
Simptomi poteškoća mentalnog zdravlja	252	0,00	4,00	1,96	0,864
Svakodnevno funkcioniranje	252	0,92	3,92	2,50	0,707
Rizična ponašanja	252	0,00	2,50	0,29	0,487

Rezultati ukazuju na umjerene poteškoće u mentalnom zdravlju sudionica, uz relativno nisku subjektivnu dobrobit ( $M=1,89$ ,  $SD=0,820$ ). S obzirom na svakodnevno funkcioniranje, sudionice su prosječno ocijenile vlastito funkcioniranje kao umjereno ( $M=2,50$ ,  $SD=0,707$ ). Rizična ponašanja su općenito niska ( $M=0,29$ ,  $SD=0,487$ ). Važno je istaknuti da je 4,8% ( $N=12$ ) sudionica izjavilo da im je često ili gotovo uvijek palo na pamet ozljeđivati se, a 3,6% ( $N=9$ ) ponekad se

ozljede. Nadalje, dok je 12,3% (N=31) barem jednom planiralo si oduzeti život, čak 21,4% (N=54) sudionica barem ponekad razmišlja kako bi bilo bolje da ih nema.

Tablica 4.1.3.

*Socijalna podrška tijekom MPO*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Socijalna podrška	252	1,42	7,00	5,94	1,112

Rezultati ukazuju da žene koje prolaze kroz proces medicinski potpomognute oplodnje imaju relativno visoku socijalnu podršku (M=5,94, SD=1,112). Najviše procjenjuju podršku od strane partnera (M=6,44, SD=1,087), dok su nešto niže podrške od obitelji (M=5,74, SD=1,476) i prijatelja (M=5,67, SD=1,521).

#### **4.2. Povezanost određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz MPO**

Za izračunavanje povezanosti istraživanih varijabli korišten je Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 4.2.1.

*Povezanost određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz MPO*

	<b>Dob</b>	<b>Duljina veze sa sadašnjim partnerom</b>	<b>Stupanj obrazovanja</b>	<b>Stupanj obrazovanja partnera</b>	<b>Broj djece</b>	<b>Okvirni mjesečni prihodi</b>	<b>Procjena materijalnog statusa</b>
Subjektivna dobrobit	0,010	0,010	-0,074	-0,058	0,055	0,039	0,091
Simptomi poteškoća mentalnog zdravlja	-0,015	0,039	0,054	0,069	-0,080	-0,003	-0,091
Svakodnevno funkcioniranje	-0,044	0,013	-0,026	-0,007	0,018	0,044	0,174**

Rizična ponašanja	0,023	0,048	0,066	-0,064	-0,099	-0,060	-0,084
-------------------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Rezultati prikazani u Tablici 4.2.1. istražuju povezanosti između sociodemografskih obilježja i različitih aspekata mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz MPO. Gotovo niti jedna od proučavanih korelacija nije pokazala statističku značajnost (p-vrijednosti > 0,05). Jedina značajna povezanost pokazuje se između svakodnevnog funkcioniranja i procijenjenog materijalnog statusa ( $r = 0,174$ ,  $p < 0,01$ ), pri čemu bolje svakodnevno funkcioniraju žene koje procjenjuju da imaju bolji materijalni status od drugih.

Tablica 4.2.2.

*Povezanost određenih sociodemografskih obilježja, zadovoljstva medicinskom uslugom i socijalnom podrškom kod žena koje prolaze kroz MPO*

	Dob	Duljina veze sa sadašnjim partnerom	Stupanj obrazovanja	Stupanj obrazovanja partnera	Broj djece	Okvirni mjesečni prihodi	Procjena materijalnog statusa
Zadovoljstvo medicinskom uslugom	-0,062	0,002	0,044	-0,062	-0,059	-0,007	0,086
Socijalna podrška ukupno	-0,130*	-0,085	-0,008	0,072	-0,120	0,177**	0,228**
Socijalna podrška-partner	-0,157*	-0,048	-0,033	0,087	-0,150*	0,122	0,171**
Socijalna podrška-obitelji	-0,124*	-0,061	0,049	0,073	-0,148*	0,177**	0,186**
Socijalna podrška-prijatelji	-0,051	-0,103	-0,031	0,031	-0,017	0,130*	0,193**

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Rezultati prikazani u Tablici 4.2.2. odnose se na povezanosti između različitih sociodemografskih obilježja, zadovoljstva medicinskom uslugom i socijalnom podrškom kod žena koje prolaze kroz MPO. Dob, duljina veze, stupanj obrazovanja i prihod nisu pokazali statistički značajnu povezanost sa zadovoljstvom medicinskom uslugom.

Ukupna socijalna podrška pokazuje nisku, ali statistički značajnu negativnu povezanost s dobi sudionica ( $r = -0,130$ ,  $p \leq 0,05$ ). To znači da mlađe sudionice percipiraju manju ukupnu socijalnu podršku te se isto odnosi na socijalnu podršku partnera i obitelji, dok povezanost dobi i socijalne podrške prijatelja nije statistički značajna.

Materijalni status, i objektivni i subjektivni pokazatelj, pokazuje statistički značajnu negativnu povezanost sa socijalnom podrškom ( $r = 0,177$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,228$ ,  $p < 0,01$ ). Ovo ukazuje da sudionice s nižim materijalnim statusom mogu doživljavati manju socijalnu podršku od partnera, obitelji i prijatelja.

#### 4.3. Povezanost mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena koje prolaze kroz MPO

Tablica 4.3.1.

*Povezanost mentalnog zdravlja i socijalne podrške (partnera, obitelji, prijatelja) kod žena koje prolaze kroz MPO*

	<b>Socijalna podrška- ukupno</b>	<b>Socijalna podrška - partnera</b>	<b>Socijalna podrška - obitelji</b>	<b>Socijalna podrška- prijatelja</b>
Subjektivna dobrobit	0,384**	0,215**	0,309**	0,385**
Simptomi poteškoća mentalno zdravlja	-0,326**	-0,140*	-0,260**	-0,359**
Svakodnevno funkcioniranje	0,528**	0,334**	0,432**	0,494**
Rizična ponašanja- ukupno	-0,419**	-0,274**	-0,347**	-0,382**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Tablica 4.3.1. prikazuje povezanost između različitih dimenzija socijalne podrške (ukupne, od partnera, obitelji i prijatelja) i različitih aspekata mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz

MPO. Kao što je vidljivo, sve su korelacije statistički značajne i u očekivanom smjeru povezane s pokazateljima mentalnog zdravlja.

Veća socijalna podrška pozitivno korelira sa subjektivnom dobrobiti i svakodnevnim funkcioniranjem, a negativno sa simptomima mentalnih poteškoća i rizičnih ponašanja.

Najveće povezanosti vidljive su između socijalne podrške prijatelja i pokazatelja mentalnog zdravlja, naročito vezano za svakodnevno funkcioniranje ( $r = 0,494$ ,  $p < 0,01$ ), odnosno što žene koje prolaze kroz postupak MPO-e imaju veću podršku svojih prijatelja, to će imati bolje mentalno zdravlje i bolje će funkcionirati u svakodnevnom životu. Najmanju korelaciju nalazimo između podrške partnera i simptoma poteškoća mentalnog zdravlja, iako je i ona u očekivanom negativnom smjeru i statistički značajna ( $r = -0,140$ ,  $p < 0,05$ ).

Tablica 4.3.2.

*Povezanost specifičnih simptoma poteškoća mentalnog zdravlja i socijalne podrške (partnera, obitelji, prijatelja) kod žena koje prolaze kroz MPO.*

	<b>Socijalna podrška- ukupno</b>	<b>Socijalna podrška – partnera</b>	<b>Socijalna podrška - obitelji</b>	<b>Socijalna podrška- prijatelja</b>
Depresivnost	-0,330**	-0,153*	-0,252**	-0,364**
Anksioznost	-0,257**	-0,093	-0,209**	-0,290**
Tjelesne smetnje	-0,203**	-0,084	-0,157*	-0,230**
Trauma	-0,327**	-0,148*	-0,278**	-0,339**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Tablica 4.3.2. prikazuje povezanost između različitih dimenzija socijalne podrške (ukupne, od partnera, obitelji i prijatelja) i različitih simptoma poteškoća mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz medicinski potpomognutu oplodnju. Kao što je vidljivo, ukupna socijalna podrška je statistički značajno povezana sa svim simptomima poteškoća mentalnog zdravlja, pri čemu više poteškoća imaju žene koje doživljavaju manju podršku od obitelji, partnera i prijatelja.



Ovdje je također vidljivo kako su povezanosti simptoma najviše povezane sa socijalnom podrškom prijatelja, a najmanje s podrškom partnera (tek su dvije korelacije statistički značajne, i to nisko – s depresivnošću  $r = -0,153$ ,  $p < 0,05$  i sa simptomima traume  $r = -0,148$ ,  $p < 0,05$ ).

Tablica 4.3.3.

*Povezanost rizičnih ponašanja i socijalne podrške (partnera, obitelji, prijatelja) kod žena koje prolaze kroz MPO*

	Socijalna podrška- ukupno	Socijalna podrška - partnera	Socijalna podrška - obitelji	Socijalna podrška- prijatelja
Samoozljeđivanje	-0,343**	-0,224**	-0,295**	-0,303**
Suicidalnost	-0,402**	-0,262**	-0,328**	-0,369**
Agresivnost	-0,228**	-0,151*	-0,177**	-0,218**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Što se tiče rizičnih ponašanja, prikazani rezultati pokazuju da veća percipirana socijalna podrška, bilo od partnera, obitelji ili prijatelja, ima statistički značajne negativne povezanosti sa rizičnim ponašanjima kod žena koje prolaze kroz MPO, odnosno žene koje imaju manju podršku, izražavaju više samoozljeđivanja, suicidalnosti i agresivnosti.

#### 4.4. Povezanost mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze kroz MPO

Tablica 4.4.1.

*Povezanost mentalnog zdravlja i zadovoljstva medicinskom uslugom kod žena koje prolaze kroz MPO*

	Zadovoljstvo medicinskom uslugom
Subjektivna dobrobit	0,332**
Simptomi poteškoća mentalnog zdravlja	-0,289**
Svakodnevno funkcioniranje	0,383**
Rizična ponašanja-ukupno	-0,188**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Tablica 4.4.1. prikazuje povezanost između zadovoljstva medicinskom uslugom i različitih aspekata mentalnog zdravlja, uključujući subjektivnu dobrobit, simptome poteškoća mentalnog zdravlja, svakodnevno funkcioniranje i rizična ponašanja. Kao što je vidljivo, sve su povezanosti statistički značajne i u očekivanom smjeru. Što je veće zadovoljstvo medicinskom uslugom žena koje prolaze kroz MPO, to će subjektivna dobrobit ( $r=0,332$ ,  $p<0,01$ ) i svakodnevno funkcioniranje ( $r=0,383$ ,  $p<0,01$ ) biti veći, a simptomi poteškoća mentalnog zdravlja ( $r = -0,289$ ,  $p<0,01$ ) i rizična ponašanja manji ( $r=-0,188$ ,  $p<0,01$ ).

Tablica 4.4.2.

*Povezanost specifičnih simptoma poteškoća mentalnog zdravlja i zadovoljstva medicinskom uslugom*

	<b>Zadovoljstvo medicinskom uslugom</b>
Depresivnost	-0,310**
Anksioznost	-0,267**
Tjelesne smetnje	-0,132*
Trauma	-0,233**

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

Isti je slučaj kad gledamo specifične simptome poteškoća mentalnog zdravlja (Tablica 4.4.2), pri čemu je jedino manja povezanost s tjelesnim smetnjama, iako je i dalje statistički značajna ( $r = -0,132$ ,  $p < 0,05$ ).

Konačno, u Tablici 4.4.3. vidimo da je zadovoljstvo medicinskom uslugom značajno povezano i s pojedinim rizičnim ponašanjima sudionica, iako su te korelacije niske i ispod 0,20.

Tablica 4.4.3.

*Povezanost rizičnih ponašanja i zadovoljstva medicinskom uslugom*

	<b>Zadovoljstvo medicinskom uslugom</b>
Samoozljeđivanje	-0,136**
Suicidalnost	-0,179**
Agresivnost	-0,127*

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

## 5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost mentalnog zdravlja sa sociodemografskim obilježjima, percipiranom socijalnom podrškom te zadovoljstvom medicinskom uslugom kod žena koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje.

Na početku raspravit će se rezultati o ukupnom mentalnom zdravlju, zadovoljstvu medicinskom uslugom i socijalnom podrškom žena u postupku MPO-e. Prema Eugasteru (1999.), neplodnost se često percipira kao medicinsko stanje koje sprječava pojedince u ostvarivanju roditeljstva, no isto tako je pokazano da može imati potencijalno ozbiljne emocionalne i psihološke posljedice. Istraživanje provedeno od strane Grbavac (2020.) pokazalo je da čak 48% ispitanika koji su neplodni ocjenjuje neplodnost kao najgore iskustvo u njihovu životu. Rezultati ovog istraživanja o mentalnom zdravlju žena u procesu MPO-e sugeriraju umjerene poteškoće u vezi s mentalnim zdravljem uz relativno nisku subjektivnu dobrobit. Razine rizičnih ponašanja među sudionicama su niske. Važno je napomenuti da su psihološke posljedice neostvarene želje za potomstvom često nedovoljno prepoznate i kod samih žena (Verhaak i sur., 2006.). Izazov u procjeni razine mentalnog zdravlja kod neplodnih žena leži i u točnosti njihove samoprocjene, gdje žene možda iznose "lažno pozitivne" odgovore kako bi se dojmile mentalno zdravijima nego što jesu (Grbavac,2020.). Chen i sur. (2004.) koristili su strukturirani psihijatrijski intervju prije početka postupka MPO-e, a rezultati su pokazali da je 40% žena imalo dijagnozu anksioznosti, depresije ili oboje. Na rezultate istraživanja dodatan učinak može imati osjećaj nade i optimizma koji žene često doživljavaju prije početka postupka liječenja neplodnosti (Rooney i Domar, 2018.), što je važno pod vidom da su u ovom istraživanju sudjelovale žene u procesu MPO-e ili one koje su bile u postupku unazad 6 mjeseci te je za pretpostaviti da se radi o ženama s nadom i optimizmom u ishod postupka. Radi se o ženama koje su prosječno bile na tri do četiri postupka MPO-e, aktivne su na društvenim mrežama, spremno su se uključile u ovo istraživanje što također upućuje na aktivne strategije nošenja s izazovima neplodnosti, a što doprinosi boljem mentalnom zdravlju.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su žene izrazile zadovoljstvo medicinskom uslugom, ocjenjujući je prosječnom ocjenom 4. Posebno je visoko zadovoljstvo izraženo povjerenjem u liječnika koji ih je vodio tijekom medicinski potpomognute oplodnje. Analizirajući dostupnu literaturu, pronađeno je samo jedno istraživanje na ovu temu, provedeno od strane

Ezabadi i sur. (2018.). Rezultati tog istraživanja pokazali su da je većina pacijentica koje se nose s neplodnošću bilo zadovoljno procesom informiranja o uzrocima neplodnosti i preporučenim terapijama što je sukladno i rezultatima ovog istraživanja. Nadalje, važno je istaknuti da se rezultati zadovoljstva medicinskom uslugom u ovom istraživanju mogu povezati i s određenim sociodemografskim obilježjima uzorka sudionica. Primjerice, 107 žena uključenih u ovo istraživanje starije su od 34 godine, a 115 žena prolazi kroz postupak više od 3 godine. Starije žene često biraju privatne poliklinike, ponajprije iz razloga što prema našem zakonodavstvu žene do 42 godine imaju pravo na MPO o trošku HZZO-a, što može utjecati na izbor ustanove u kojoj se radi postupak. Također, prema našem Zakonu o medicinski potpomognutoj oplodnji, ženama je dopušteno četiri stimulirana postupka i dva prirodna postupka, pa se za daljnji nastavak liječenja odlučuju za privatne poliklinike.

U istraživanju su se analizirale razlike u zadovoljstvu pruženom uslugom među ženama, uzimajući u obzir vrstu zdravstvene ustanove koju su koristile. Rezultati su pokazali da su žene koje su se odlučile za usluge privatnih zdravstvenih ustanova iskazale višu razinu zadovoljstva u usporedbi s onima koje su koristile usluge javnih ustanova ( $F=7,872$ ,  $df=2;249$ ,  $p\leq 0,01$ ). Postoji značajna razlika između pristupa privatnih poliklinika, gdje žene imaju kontinuiranu podršku jednog liječnika tijekom postupaka medicinski potpomognute oplodnje, i državnih ustanova, gdje ih prati više liječnika. Uz to, u većini privatnih ustanova manja je liste čekanja u usporedbi s državnim ustanovama. Ovaj pristup u privatnim poliklinikama omogućuje ženama da izgrade veću povezanost s liječnikom. Međutim, kako bi se potpuno razumjelo kako ovi različiti pristupi imaju učinak na ukupno zadovoljstvo žena uslugom tijekom procesa MPO-e potrebno je provesti daljnja istraživanja.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su važnost socijalne podrške tijekom procesa MPO-e. Žene iskazuju relativno visoku ukupnu socijalnu podršku ( $M=5,94$ ,  $SD=1,112$ ). Također, pokazalo se da žene koje percipiraju veću količinu socijalne podrške iskazuju bolje mentalno zdravlje. Veća socijalna podrška povezana je sa subjektivnom dobrobiti žena i boljim svakodnevnim funkcioniranjem. U ovom istraživanju žene procjenjuju najviše podrške od strane partnera, zatim od obitelji i prijatelja. Ovi rezultati nisu iznenađujući i podupiru rezultate drugih istraživanja, kao primjerice istraživanja Mratines i sur. (2011.), koji ističu ključnu ulogu socijalne podrške u prilagodbi žena tijekom liječenja neplodnosti. Oni povezuju socijalnu podršku s raznim strategijama suočavanja te naglašavaju važnost podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja u

suočavanju sa stresom tijekom procesa MPO. Podaci drugih istraživanja pokazuju da se oko 70% žena i 60% muškaraca oslanjaju na svoje supružnike kao izvore socijalne podrške, ocjenjujući ih kao najkorisnije izvore podrške tijekom tretmana neplodnosti (Bovini i sur., 1998., prema Milovanović, 2018.). Naglašava se da neplodnost ima značajan učinak na oba partnera, te da način suočavanja jednog partnera s neplodnošću utječe na odgovor na stres kod oba partnera. Uočava se da ženin stres zbog neplodnosti i razina depresije mogu biti povezani s razinom distanciranja muškog partnera od problema neplodnosti. Također, visoka emocionalna samokontrola žene, uz nisku emocionalnu samokontrolu njezinog partnera, može pridonijeti povećanju stresa zbog neplodnosti i smanjenju bračne harmonije (Peterson i sur., 2006.). Istraživanje Kroemeke i Kubicka (2018.) također potvrđuje da žene najčešće vide svog partnera kao najvažniji izvor podrške tijekom suočavanja s neplodnošću. Ova saznanja podupiru i rezultati istraživanja Jestrović i sur. (2020.) gdje je socijalna podrška značajne osobe, obitelji i prijatelja prepoznata kao važna, a partnerska podrška kao najzastupljeniji izvor podrške. Ono se može objasniti time da su žene najviše fokusirane na partnera i s njim najviše razgovaraju o problemu (Martines i sur., 2011.).

### **5.1. Rasprava rezultata o povezanost određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja kod žena koje prolaze kroz MPO**

Rezultati provedenog istraživanja nisu potvrdili postavljenu hipotezu o tome da postoji statistički značajna povezanost između određenih sociodemografskih obilježja i mentalnog zdravlja žena u postupku MPO, pri čemu se očekivalo da će lošije mentalno zdravlje imati starije žene, one s nižim prihodima te one koje su prošle kroz veći broj postupaka medicinski potpomognute oplodnje. Rezultati su ukazali na to da svakodnevno funkcioniranje, kao jedna od dimenzija mentalnog zdravlja, pokazuje pozitivnu i umjerenu povezanost s procjenom materijalnog statusa, ukazujući da sudionice višeg materijalnog statusa bolje funkcioniraju u svakodnevnim aktivnostima. Ovaj rezultat nije iznenađujući obzirom na to da ekonomske okolnosti u životima ljudi izravno utječu na njihove emocije, uvjerenja i ponašanja (Conger i Donnellan, 2007., prema Conger i Jewsbury Conger, 2008.:65).

Nadalje, rezultati istraživanja ukazali su na povezanost nekih sociodemografskih obilježja s percipiranom socijalnom podrškom kod žena koje prolaze kroz postupak MPO. Ukupna socijalna podrška pokazuje nisku, ali statistički značajnu negativnu korelaciju s dobi sudionica. Drugim

riječima, mlađe žene percipiraju manje socijalne podrške. Analizirajući socijalnu podršku od partnera, obitelji i prijatelja, primjećuje se negativna korelacija s dobi, pri čemu su samo korelacije s podrškom od partnera i obitelji, statistički značajne. Mlađe žene osjećaju manju količinu socijalne podrške od strane partnera i obitelji, dok korelacija s prijateljima nije statistički značajna. Niža percepcija socijalne podrške obzirom na dob može biti povezana s nekoliko specifičnih čimbenika. Mlađe žene često su izložene snažnijim društvenim pritiscima i očekivanjima vezanim uz roditeljstvo (Thornton, Young-DeMarco, 2001.). Roditeljstvo se često percipira kao osnovni životni cilj gotovo svih mladih ljudi, a majčinstvo zauzima ključnu ulogu u formiranju ženskog identiteta (Mac Dougall, Beyene, Nachtigall, 2012.). Iako je socijalna stigma povezana s neplodnošću manja u usporedbi s prošlim vremenima, i dalje ostaje prisutna. Žene koje se suočavaju s problemom neplodnosti često doživljavaju pritisak okoline koja neprestano želi nametnuti razgovor na tu temu, što dodatno otežava njihovo iskustvo (Kapamardžija, 1989.). Uzimajući u obzir navedenu perspektivu, motivacija za roditeljstvom kod neplodnih parova često je snažno oblikovana vanjskim čimbenicima, budući da su izloženi većem društvenom pritisku i očekivanjima. Mlađe žene često održavaju bliske prijateljske veze s osobama u sličnoj životnoj fazi, što može pružiti snažnu podršku tijekom procesa suočavanja s neplodnošću. S vremenom, međutim, neki od tih prijateljskih odnosa mogu se promijeniti, a žene mogu doživjeti smanjenje podrške od strane vršnjakinja koje su već postale majke. Ključno je napomenuti da žena ne definira sebe kao neplodnu ako ne doživljava majčinstvo kao željenu ulogu (Greil, Slauson-Blevins, McQuillan, 2010.). No, ako je majčinstvo njen željeni cilj, iskustvo neplodnosti može značiti dublju introspekciju, moguću reformulaciju identiteta, te izazvati osjećaje smanjenja samopoštovanja, neadekvatnosti i gubitka društvenog statusa (Keramat i sur., 2014.). Nadalje mlađe žene često nalaze podršku u široj obitelji, uključujući roditelje i rođake. Međutim, s godinama, dinamika obitelji se mijenja, a podrška koja je ranije dolazila iz obitelji može opadati. Neplodnost predstavlja često tihi izazov, jer većina žena koje se suočavaju s tim problemom ne dijele svoje iskustvo ni s obitelji ni s prijateljima (Rooney i Domar, 2018.).

Starije žene koje su prošle kroz dugotrajne procese MPO-e često razvijaju određenu samostalnost u suočavanju s neplodnošću. S obzirom na stjecanje iskustva i razvoj strategija suočavanja, ove žene možda manje traže vanjsku podršku. Žene koje su starije i već duže vrijeme u procesu MPO-e često razvijaju emocionalnu distancu od situacije. Ovo može rezultirati manjom potrebom za podrškom ili izražavanjem specifičnih potreba za podrškom. Važno je naglasiti da je

proces MPO-e dugotrajan i izazovan, te da podrška, koja je možda bila snažna na početku, može opadati nakon nekoliko neuspješnih pokušaja, što dodatno naglašava važnost emocionalne podrške tijekom cijelog procesa.

Kada je riječ o materijalnom statusu, primjećuje se značajna negativna korelacija s podrškom od partnera, obitelji i prijatelja. Pokazalo se da sudionice nižeg materijalnog statusa doživljavaju manje socijalne podrške od partnera, obitelji i prijatelja. Prema Domaru i sur. (2012.), postupci MPO-e, kao što je IVF, pored tjelesnih i emocionalnih izazova, uključuju značajne financijske izdatke. Iako nisu pronađena specifična istraživanja koja povezuju materijalni status i socijalnu podršku, može se pretpostaviti da se žene ili parovi nižeg materijalnog statusa češće susreću s financijskim izazovima i ograničenjima. Financijska ograničenja mogu dovesti do ekonomskog stresa u obitelji, što može imati negativne efekte na razinu podrške od strane partnera. Financijski pritisak može ograničiti sposobnost pružanja instrumentalne podrške ili uzrokovati napetosti u vezi s partnerom. Uzimajući u obzir financijske izazove povezane s postupkom MPO-e, važno je naglasiti da ti postupci, poput stimuliranog postupka koji uključuje injekcije, mogu biti izuzetno skupi. Samo injekcije za stimulaciju jajnika mogu koštati i do 2000 eura, a uz to, treba dodati troškove usluga klinike u kojoj se provodi postupak oplodnje, te troškove dodatnih lijekova poput vitamina i suplemenata koji poboljšavaju šansu za oplodnju. Ovo može ukazivati na financijski teret s kojim se suočavaju žene i parovi koji prolaze kroz MPO. Troškovi postupka mogu imati ključnu ulogu u stvaranju financijskog pritiska, što može dodatno utjecati na njihovu sposobnost da pruže ili dobiju adekvatnu socijalnu podršku.

Obitelji s nižim materijalnim statusom često osjećaju veći pritisak i odgovornost u vezi s financijskim pitanjima, što može imati učinak na njihovu sposobnost pružanja emocionalne podrške. Financijski stres može imati negativan učinak na mentalno zdravlje pojedinca, smanjujući emocionalnu dostupnost za pružanje podrške partneru, obitelji ili prijateljima. Osim toga, osjećaj niskog materijalnog statusa može imati učinak na samopouzdanje pojedinca, rezultirajući manjom percepcijom podrške od strane drugih. Stoga je daljnje istraživanje ove povezanosti od suštinskog značaja za bolje razumijevanje i prilagodbu socijalne podrške tijekom procesa MPO-e.

Promjene u društvenim odnosima i podršci od strane partnera, obitelji i prijatelja mogu imati dublje emocionalne implikacije tijekom procesa neplodnosti. Kako bismo produbili razumijevanje ove povezanosti, buduća istraživanja trebala bi uključiti širi spektar sudionica, posebno usmjeravajući pažnju na žene nižeg socioekonomskog statusa. U ovom istraživanju,

većina žena, njih 40,9%, procjenjuje svoj materijalni status kao dobar i bolji od većine drugih, dok samo manji postotak, njih 3,2%, izražava nezadovoljstvo i procjenjuje materijalni status lošim. Dodatno, važno je obratiti pažnju na žene s različitim razinama obrazovanja, budući da je većina sudionica u ovom istraživanju završila preddiplomski ili diplomski studij (57,1%), dok je 12,3% imalo poslijediplomski studij, dakle radi se većinom o visokoobrazovanim ženama. Ovo može odražavati specifičnosti uzorka sudionica ovog istraživanja, stoga bi uključivanje žena s različitim obrazovnim statusom pridonijelo sveobuhvatnijem razumijevanju povezanosti između sociodemografskih obilježja, mentalnog zdravlja, zadovoljstva medicinskom uslugom i socijalne podrške. Nadalje, kako bi se dobio sveobuhvatniji uvid, važno je uključiti i nezaposlene žene, s obzirom na to da je samo 4% žena u ovom istraživanju bilo u tom statusu. Uz to, analize dodatnih varijabli, poput kvalitete komunikacije, emocionalnih čimbenika i sociokulturnih utjecaja, mogle bi pružiti dublji uvid u kompleksnost veza između sociodemografskih obilježja, materijalnog statusa i zadovoljstva medicinskom uslugom

S obzirom na to da rezultati nisu potvrdili hipotezu o statistički značajnoj povezanosti s dobi, prihodom ili brojem postupaka MPO-a povezanih s mentalnim zdravljem žena, daljnja istraživanja trebala bi usmjeriti pažnju na specifične čimbenike koji bi mogli imati učinak na mentalno zdravlje.

## **5.2. Rasprava rezultata povezanosti mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena koje prolaze kroz MPO**

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su hipotezu o postojanju statistički značajne povezanosti mentalnog zdravlja i socijalne podrške kod žena u postupku MPO-e, pri čemu se očekivalo da žene koje percipiraju veću socijalnu podršku iskazuju manje poteškoća mentalnog zdravlja.

Rezultati istraživanja pokazali su statistički značajnu negativnu korelaciju sa simptomima poteškoća mentalnog zdravlja i socijalne podrške žena koje prolaze kroz proces MPO-e. Drugim riječima, što je veća socijalna podrška koju žene doživljavaju, to su niži simptomi mentalnih poteškoća. Nadalje, rezultati su pokazali pozitivne korelacije između ukupne socijalne podrške i svakodnevnog funkcioniranja. To ukazuje da žene koje imaju veću podršku od strane partnera, obitelji i prijatelja češće iskazuju bolje svakodnevno funkcioniranje. Značajna negativna korelacija



pokazala se između ukupne socijalne podrške i rizičnih ponašanja. Žene koje percipiraju više socijalne podrške iskazuju manje rizičnih ponašanja. Isto vrijedi i za podršku od partnera, obitelji i prijatelja.

Neplodnost se često opisuje kao prepreka postizanju ključnih životnih ciljeva, što čini višedimenzionalnu razvojnu krizu za pojedinca, brak i obitelj (Daniluk, 1988.). Ova kriza ima duboke tjelesne i psihološke implikacije koje zahvaćaju različite aspekte života, uključujući doživljaj vlastitog identiteta i vrijednosti, odnose s drugima, seksualnu funkciju, posao, financijsku sigurnost te duhovnost (Domar i sur., 2018.). Rane reakcije na neplodnost često uključuju šok, nevjeru, ljutnju, optuživanje, sram i krivnju. Osobe pogođene neplodnošću često se suočavaju s osjećajem srama, deprivacije i zavisti, što ih može dovesti do osjećaja izolacije i stigmatizacije. Često se događa da se parovi pogođeni neplodnošću povlače u sebe kao obrambeni mehanizam, koristeći društvenu izolaciju kao način zaštite od dobronamjernih, iako ponekad neprimjerenih upita prijatelja. Osjećaji gubitka kontrole, smanjenog samopoštovanja i dugotrajnog žalovanja mogu izazvati različite razine depresije, anksioznosti te lošu kvalitetu života (Rooney i Domar, 2018.). Depresija i anksioznost posebno su učestale među pacijentima koji prolaze kroz proces liječenja neplodnosti, osobito pomoću metoda potpomognute oplodnje.

Ovo istraživanje ukazalo je na značajnu povezanost između socijalne podrške i mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz MPO. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da žene koje doživljavaju veću podršku od obitelji, partnera i prijatelja pokazuju manje simptoma depresije. Obitelj, partner i prijatelji mogu pružiti emocionalnu podršku, razumijevanje i osjećaj pripadnosti, što smanjuje rizik od depresivnosti. Nadalje, žene s većom socijalnom podrškom doživljavaju manje tjelesnih smetnji. Emocionalna podrška može smanjiti stres i napetost, što ima povoljan učinak na tjelesno zdravlje. Također, pokazuje da je veća percipirana socijalna podrška povezana s manjim iskustvom traume. Ova podrška može pružiti sigurno okruženje i osjećaj stabilnosti, što smanjuje rizik od traumatskih iskustava.

An i sur. (2011.) razvili su teorijski okvir koji pruža prijedlog za razumijevanje razvoja depresije kod žena koje prolaze kroz proces MPO-e. Osnovna pretpostavka ovog okvira odnosi se na to da stresori povezani s neplodnošću mogu potaknuti depresiju ili anksioznost kroz posredovanje percepcije razine stresa i samopoštovanja kod pacijentica koje se suočavaju s dijagnozom neplodnosti. Identificirani stresori povezani s neplodnošću, koji su se pokazali značajnim prediktorima visokih razina anksioznosti i depresivnosti, obuhvaćaju aspekte i zahtjeve

procesa potpomognute oplodnje, socijalne i bračne stresore, osobnu razinu pridavanja važnosti postizanju biološkog roditeljstva, osjećaj krivnje i srama te nisku razinu socijalne podrške. Navedeni stresori posreduju u percipiranoj razini stresa i samopoštovanja, što može rezultirati visokom razinom anksioznosti ili depresivnosti. Percipirana razina stresa i razina samopoštovanja ključni su medijatori između stresora i simptoma poteškoća mentalnog zdravlja. Naglašava se da visoka razina socijalne podrške i visoko samopoštovanje mogu značajno doprinijeti smanjenju poteškoća mentalnog zdravlja. Posebno se ističe važnost socijalne podrške kao čimbenika koji može ublažiti učinak stresora te pridonijeti boljem emocionalnom doživljaju žena u procesu potpomognute oplodnje. U istraživanju Verma i sur. (2015.) zabilježena je vrlo visoka stopa simptoma depresivnosti i anksioznosti kod žena u procesu IVF-a, a identificirani su i čimbenici zaštite mentalnog zdravlja, pri čemu je jedan od ključnih čimbenika podrška partnera i obitelji.

Rani simptomi depresivnosti kod žena u procesu potpomognute oplodnje često ostaju neotkriveni zbog tendencije skrivanja straha od stigmatizacije, koji može proizlaziti iz psihopatoloških simptoma ili bojazni da bi liječnik mogao prekinuti tretman neplodnosti (Lewis i sur., 2013.). Jurić Vukelić (2021.) naglašava važnost duboke i podržavajuće socijalne podrške u ublažavanju emocionalnih tereta povezanih s dijagnozom i procesom liječenja neplodnosti. Istraživanja su pokazala da prisutnost ove vrste podrške može značajno smanjiti razine anksioznosti, depresivnosti i stresa koje parovi doživljavaju u tom izazovnom razdoblju. Ističe se važnost podrške bliskih osoba i prijatelja kako bi se olakšala psihološka težina neplodnosti. Rooney i sur. (2018.) ukazuju na to da je neplodnost često tiha i skrivena, te da većina žena ne dijeli svoje iskustvo s obitelji ili prijateljima, čime povećava vlastitu emocionalnu ranjivost. Donkor i Sandall (2007.) dodaju da kada je neplodnost javno poznata, parovi se suočavaju s mogućnošću stigmatizacije, što može proizlaziti iz nedostatka razumijevanja ili osude okoline. Stigmatizacija može rezultirati osjećajem izolacije i pritiska da se parovi povuku u sebe, umjesto da otvoreno razgovaraju o svojim osjećajima i iskustvima, čime dodatno otežava emocionalno stanje parova koji se već nose s teškoćama neplodnosti. Stigmatizacija žena koje nisu majke, iz bilo kojeg razloga, evidentirana je u mnogim društvima, što dodatno naglašava važnost socijalne podrške i razumijevanja. Parovi često znaju izbjegavati druženje s prijateljima koji neprestano postavljaju pitanja o planiranju roditeljstva, čime pokušavaju zadržati privatnost i kontrolu nad svojim intimnim izazovima (Cousineau i sur., 2007.). Istraživanje Petresona i sur. (2012.) potvrđuje da parovi koji se suočavaju s neplodnošću mogu osjećati izolaciju i udaljenost od obitelji

i prijatelja. U istraživanju Jestrović i sur. (2020.), podrška značajne osobe, obitelji i prijatelja izdvaja se kao ključna, pri čemu je partner najvažniji izvor podrške. Ovo potvrđuju i istraživanja Kroemeke i sur. (2018.), gdje žene u procesu suočavanja s neplodnošću najčešće ističu partnera kao najvažniju osobu za razgovor o problemu (Martines i sur., 2011.).

U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna povezanost socijalne podrške od partnera s anksioznošću, dok je s depresivnosti povezanost značajna, ali niska. Pri tome je važno imati u vidu sve specifičnosti odnosa žene i partnera, koji mogu varirati. Martins i sur. (2011.) ukazuju na to da odnos između partnera ima ključnu ulogu kao izvor podrške u suočavanju s neplodnošću, ali istovremeno može predstavljati i pritisak koji uzrokuje stres (Peterson i sur., 2008.). Ključni čimbenici za uspješno suočavanje para s iskustvom neplodnosti uključuju njihovo individualno zdravlje, kvalitetu odnosa u koji su ušli s tim iskustvom, strategije suočavanja koje primjenjuju te sposobnost suočavanja s gubicima, izražavanja emocija i nošenja s krizom (Burns, 2007.).

Peterson i sur. (2008.) navode kako dijagnoza neplodnosti pridonosi poremećajima u osobnom životu, emocionalnoj i seksualnoj vezi te odnosima sa suradnicima na poslu, obitelji i prijateljima. U istraživanju Brandes i sur. (2009.) pokazalo se da većina parova ima sukobe i probleme u komunikaciji, neslaganju oko medicinskih postupaka te nedostatku empatije tijekom liječenja neplodnosti. Neka istraživanja pokazala su da dijagnoza neplodnosti može značajno narušiti emocionalni aspekt partnerskih odnosa unutar braka, stvarajući dodatni teret i stres za parove. Ovo opterećenje može dovesti do smanjenja intimnosti, povećanja napetosti i komunikacijskih problema među partnerima. Nažalost, ovi čimbenici često rezultiraju povećanjem vjerojatnosti razvoda jer se parovi suočavaju s izazovima i teškoćama koji mogu biti izuzetno zahtjevni za njihovu vezu (Masoumi i sur., 2013.). No, iako liječenje i neplodnost predstavljaju rizik za odnos, ono može biti izazov paru koji partnere može dodatno zbližiti i ojačati njihovu vezu (Peterson i sur., 2011.).

Žene mogu reagirati na socijalnu podršku na individualan način, ovisno o njihovim karakteristikama, prethodnim iskustvima i osobnim resursima. U budućim istraživanjima predlaže se pratiti žene tijekom dužeg vremenskog razdoblja kako bi se bolje razumjelo dugoročno djelovanje socijalne podrške na mentalno zdravlje. Dodatno, dublja analiza iskustava žena putem intervjuiranja ili fokusnih grupa mogla bi pružiti bogatije informacije o podršci koju im pružaju obitelj, partner i prijatelji. Ovakva dodatna istraživanja imaju potencijal unaprijediti naše

razumijevanje kompleksnih veza između socijalne podrške i mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz MPO. To bi moglo rezultirati poboljšanim pristupima podršci i skrbi za žene u ovom osjetljivom procesu.

Nadalje, rezultati istraživanja pokazali su da žene koje prolaze kroz MPO i imaju veću podršku od obitelji, partnera i prijatelja pokazuju manje rizičnih ponašanja poput samoozljeđivanja, suicidalnosti i agresivnosti. Prema istraživanju Cousineau i sur. (2007.), dijagnoza neplodnosti može izazvati ozbiljnu životnu krizu, s obzirom da je 13% žena s tom dijagnozom pokazalo sklonost suicidu. Ovo istraživanje potvrđuje slične alarmantne rezultate. Rezultati su ukazali na to da oko 5% žena razmišlja o ozljeđivanju, preko 12% žena si je planiralo oduzeti život, dok je oko 20% žena razmišljalo o tome da bolje da ih nema.

Ovi rezultati sugeriraju značajnu ulogu socijalne podrške u prevenciji i brizi za mentalno zdravlje žena u postupku MPO-e, kao i u potrebu za daljnjim istraživanjima koja bi istražila uzroke i mehanizme koji stoje iza rizičnih ponašanja kod žena u procesu MPO-e. Istraživanja koja bi ispitivala intervencije usmjerene na jačanje socijalne podrške tijekom procesa medicinski potpomognute oplodnje mogla bi pridonijeti razvoju strategija podrške i intervencija usmjerenih na poboljšanje mentalnog zdravlja žena i para tijekom procesa MPO.

### **5.3. Rasprava rezultata povezanosti mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze kroz MPO**

Rezultatima ovoga istraživanja potvrđena je hipoteza o povezanost razine mentalnog zdravlja i zadovoljstva pruženom uslugom kod žena koje prolaze postupak medicinski potpomognute oplodnje, pri čemu se pokazalo da žene koje imaju veće zadovoljstvo pruženom uslugom iskazuju manje poteškoća mentalnog zdravlja. Konkretnije, rezultati su pokazali da što je veće zadovoljstvo žene medicinskom uslugom to je veća subjektivna dobrobit i svakodnevno funkcioniranje žene. Također, iskazuju manje simptoma poteškoća mentalnog zdravlja i rizičnih ponašanja. Nadalje, žene koje su zadovoljnije medicinskom uslugom pokazuju manje simptoma depresije, anksioznosti, tjelesnih smetnji i manje traumatizirajućih iskustava. Pozitivno iskustvo s medicinskom uslugom povezano je s manjim rizikom od samoozljeđivanja, suicidalnosti i agresivnosti.

S obzirom na nedostatak istraživanja o zadovoljstvu pruženom medicinskom uslugom tijekom procesa MPO-e i mentalnog zdravlja, ističe se važnost provođenja daljnjih istraživanja o zadovoljstvu žena i procjeni kvalitete usluga koje primaju tijekom procesa liječenja. Pod tim vidom u nastavku će se dati pregled dostupnih empirijskih spoznaja na temu važnosti prepoznavanja simptoma narušenog mentalnog zdravlja kako bi se osigurala bolja kvaliteta usluga i primjereno pružanje sveobuhvatne skrbi u procesu liječenja, te usporediti ih s dobivenim rezultatima ovog istraživanja.

Istraživanje Jestrović i Mihić (2018.) ukazuje na izostanak usluge savjetovanja i pružanja psihosocijalne podrške, što dodatno doprinosi percepciji izostanka pružanja stručne podrške ženama u procesu MPO-e. Ovi rezultati sukladni su rezultatima provedenog istraživanja u kojem se pokazalo da 70,1% žena tijekom posljednjeg postupka MPO-e osjetilo je potrebu za psihološkom pomoći i podrškom stručnjaka za mentalno zdravlje (kao što su psiholozi, psihijatri i psihoterapeuti). Od tog broja, 50,9% žena izjavilo je da je osjetilo potrebu za ovakvom podrškom u situacijama neželjenih ishoda, poput pobačaja, neuspjelog transfera, izostanka trudnoće ili neuspjeha u dobivanju jajnih stanica, među ostalim situacijama.

Istraživanje Verhaak i sur. (2002.) pokazuje porast depresije i anksioznosti kod žena nakon prvog neuspjelog ciklusa liječenja neplodnosti, pri čemu je 13% žena pokazivalo simptome depresije. Primijećeno je da 2% parova nije željelo nastaviti terapiju nakon negativnog ishoda prvog MPO postupka, dok je nakon negativnog ishoda drugog postupka odustalo čak 18% parova. Ovo odustajanje može biti posljedica tjelesnog i psihičkog opterećenja para te agresivnih metoda liječenja. Kako sugerira istraživanje Smeenk i sur. (2001.) žene su posebno ranjive nakon neuspjeha u procesu IVF-a, a razina depresivnosti raste i nakon 6 mjeseci od neuspjelog pokušaja. Isto sugerira istraživanje Verhaak i sur. (2006.). Dodatno, žene koje su dulje vrijeme u neuspjelim procesima MPO-a pokazuju značajno višu razinu depresije u odnosu na one koje su tek počele s liječenjem, što potvrđuje istraživanje Ramezanzadeh i sur. (2004.). Volgsten i sur. (2010.) naglašavaju da negativni rezultati testa na trudnoću mogu izazvati depresiju, pa se psihološko savjetovanje preporučuje između prijenosa zametka i testiranja na trudnoću.

Zanimljivo je istaknuti da se u provedenom istraživanju pokazalo da čak 81,5% žena nije dobilo psihološku podršku od strane zdravstvenih ustanova u kojima su se liječile tijekom postupka MPO-e. Prema istraživanju Jestrović i Mihić (2020.), naglašava se važnost emocionalne i psihosocijalne podrške koju bi medicinsko osoblje trebalo pružati ženama u ovom postupku. Ova

podrška ima značajan učinak na iskustvo parova, povećavajući razumijevanje, povjerenje i zadovoljstvo pruženom zdravstvenom skrbi tijekom medicinskih postupaka. Stoga bi medicinsko osoblje trebalo biti svjesno važnosti stručne psihosocijalne podrške u kontekstu neplodnosti, te poboljšati svoje vještine i pristup kako bi bolje odgovorilo na emocionalne potrebe parova koji prolaze kroz ovaj izazovan proces liječenja.

Zbog važnosti i nedostatka istraživanja u području ove teme napravljene su dodatne statističke analize koje su pokazale značajne razlike među sudionicama ovisno o vrsti zdravstvene ustanove u kojoj su bile u postupku MPO-e. Sudionice koje su koristile privatne zdravstvene ustanove izrazile su višu razinu zadovoljstva medicinskom uslugom u usporedbi s onima koje su tu uslugu koristile u javnom zdravstvu. Iako nema značajnih razlika u mentalnom zdravlju između žena koje su se liječile samu privatno ili samo u javnoj zdravstvenoj ustanovi, zanimljivo je primijetiti da su žene u privatnim ustanovama doživjele višu razinu percipirane socijalne podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja u usporedbi sa ženama u javnim zdravstvenim ustanovama.

Nadalje, dodatne analize ukazale su na razlike u pojedinim varijablama između sudionica koje su osjećale potrebu za psihološkom podrškom i onih koje to nisu. Pokazalo se da žene koje su tražile psihološku podršku često imaju niže razine zadovoljstva medicinskom uslugom, subjektivne dobrobiti i svakodnevnog funkcioniranja, te češće pokazuju simptome mentalnih poteškoća i rizična ponašanja. Također, ove žene imaju nižu podršku od strane partnera, obitelji i prijatelja. Nadalje, žene koje su u postupku izrazile potrebu za uzimanjem bolovanja ili slobodnog dana zbog psiholoških poteškoća povezanih s liječenjem neplodnosti, poput stresa, uznemirenosti, frustracije, umora ili razočaranja, pokazuju nižu razinu zadovoljstva medicinskom uslugom, subjektivne dobrobiti, svakodnevnog funkcioniranja i socijalne podrške, te veće razine simptoma poteškoća mentalnog zdravlja. Važno je istaknuti rezultat koji govori o tomu da su gotovo sve sudionice ovog istraživanja, njih čak 96,4%, istaknule kako je neophodno osigurati pristupačnu psihološku podršku tijekom procesa MPO-e.

Da bi se poboljšalo zadovoljstvo medicinskom uslugom i poticalo bolje mentalno zdravlje kod žena i parova koji prolaze kroz proces MPO-e, ključno je unaprijediti nekoliko ključnih aspekata. Prvenstveno, treba usmjeriti pažnju na poboljšanje razumijevanja i komunikacije s medicinskim osobljem. Kvalitetna komunikacija može pružiti ženama emocionalnu sigurnost

tijekom cijelog procesa, stvarajući okruženje u kojem osjećaju razumijevanje i podršku. Isto tako, pružanje pravovremene psihološke podrške, posebno nakon neuspjelih postupaka, ima ključnu ulogu u suočavanju s emocionalnim izazovima. Ova podrška bi trebala biti prilagođena individualnim potrebama žena, pružajući im alate za nošenje s negativnim ishodima. Edukacija ima važnu ulogu u olakšavanju iskustva žena. Organiziranje edukativnih programa prije samog postupka, usmjerenih na razumijevanje procesa MPO-e i njegovog učinka na mentalno zdravlje, može pridonijeti stvaranju realističnih očekivanja i smanjenja stresa. Nadalje, prilagođavanje liječenja prema individualnim potrebama žena donosi personalizirani pristup koji može poboljšati njihovo iskustvo. Ovo uključuje uzimanje u obzir tjelesnih i emocionalnih specifičnosti svake žene. Jačanje socijalne podrške, osobito od strane obitelji, prijatelja i partnera, ima učinak na mentalno zdravlje žena. Povećanje svijesti o važnosti ove podrške ima potencijal potaknuti širu zajednicu na razumijevanje izazova s kojima se suočavaju žene tijekom procesa MPO-e i podizanje svijesti koliko se parova susreće s dijagnozom neplodnosti.

Važno je istaknuti potrebu za različitim pristupima pružanja psihološke podrške tijekom procesa MPO-e, uključujući grupne terapije, individualne konzultacije i online podršku. Važno je identificirati psihološke čimbenike koji mogu pridonijeti smanjenju ili povećanju simptoma mentalnog zdravlja kako bi se optimizirale psihoterapijske tehnike. Ova prilagodba može rezultirati smanjenjem simptoma mentalnih poteškoća, poboljšanjem zadovoljstva pruženom uslugom te jačanjem socijalne podrške tijekom izazovnog procesa medicinski potpomognute oplodnje.

#### **5.4. Ograničenja provedenog istraživanja**

Iako ovo istraživanje pruža korisne uvide o povezanosti mentalnog zdravlja s različitim čimbenicima poput sociodemografskih obilježja, percipirane socijalne podrške te zadovoljstva medicinskom uslugom kod žena koje prolaze kroz postupak MPO-e, važno je sagledati dobivene rezultate u svjetlu ograničenja provedenog istraživanja.

Jedan od ograničenja istraživanja proizlazi iz korištenja neprobabilističke metode prigodnog uzorkovanja, što smanjuje reprezentativnost uzorka. Sudionice su uključene u istraživanje temeljem praktičnosti i dostupnosti, a ne slučajnim odabirom, što može dovesti do

manje reprezentativnih rezultata. Ovaj nedostatak treba uzeti u obzir pri generalizaciji rezultata na širu populaciju žena koje prolaze kroz postupak MPO-e.

Nadalje, većina sudionica ovog istraživanja su žene visokog stupnja obrazovanja i zaposlene što ograničava generalizaciju rezultata na populaciju koja nije reprezentativna u smislu obrazovnog i zaposleničkog statusa. Stoga je važno uzeti u obzir potrebu uključivanja u istraživanja sudionica s nižim stupnjem obrazovanja i nezaposlenih kako bi se dobila cjelovitija slika i bolje razumljivo iskustvo šireg raspona žena koje se suočavaju s pitanjima neplodnosti, MPO-e i mentalnog zdravlja.

Dodatno, anketni upitnik podijeljen je putem nekoliko društvenih mreža, što može pridonijeti ograničenju reprezentativnosti uzorka. Sudionice prisutne na društvenim mrežama nisu sve žene koje su u postupku MPO-e, čime se smanjuje opća reprezentativnost rezultata.

Tema istraživanja, koja se bavi MPO, spada u visoko socijalno osjetljive teme, što može utjecati na iskrenost i davanje socijalno poželjnih odgovora sudionika. Postoji mogućnost da su sudionice davale odgovore koji su društveno poželjni umjesto odražavanja stvarne situacije. Ova percepcija socijalne poželjnosti može rezultirati pristranim odgovorima, narušavajući valjanost podataka.

Nadalje, dužina samog anketnog upitnika može predstavljati izazov za sudionike, s mogućnošću gubitka koncentracije ili nasumičnog označavanja odgovora kako bi brže završili ispunjavanje upitnika. Ova situacija može imati učinak na točnost i pouzdanost prikupljenih podataka.

Sve ove okolnosti treba pažljivo razmotriti prilikom interpretacije rezultata i šireg prenošenja zaključaka na populaciju žena koje prolaze kroz proces MPO-e. Ograničenja pristupa uzorku sudionika i eventualna narušenost iskrenosti odgovora važni su konteksti za razumijevanje granica dobivenih saznanja.

Unatoč navedenim ograničenjima, obzirom na empirijsku prazninu istraživane teme, ovo istraživanje omogućilo je dobivanje uvida u različite aspekte povezanosti mentalnog zdravlja, socijalne podrške, zadovoljstva medicinskom uslugom i sociodemografskih obilježja žena u procesu MPO te omogućilo dobivanje korisnih smjernica i doprinosa budućim istraživanjima u području mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz MPO.



## 5.5. Praktične i znanstvene implikacije istraživanja

Istraživanja o mentalnom zdravlju žena koje prolaze kroz proces MPO-e su rijetka, stoga ovo istraživanje donosi korisne spoznaje o čimbenicima koji mogu imati učinak na mentalno zdravlje žena u postupku MPO-e. Rezultati istraživanja dali su novu perspektivu razumijevanja socijalne podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja. Rezultati o povezanosti socijalne podrške s mentalnim zdravljem žene mogu biti temelj za kreiranje ciljanih intervencija i specifičnih oblika stručne podrške ženama i parovima u procesu liječenja. Rezultati sugeriraju da intervencije usmjerene na osnaživanje socijalne podrške i poboljšanje kvalitete usluga sveobuhvatnog liječenja, mogu biti ključne za očuvanje dobrog mentalnog zdravlja žena tijekom procesa MPO-e.

Usporedba rezultata ovog istraživanja s rezultatima sličnih istraživanja pridonosi boljem razumijevanju specifičnosti učinaka MPO-e na mentalno zdravlje žena. Saznanja o čimbenicima koji doprinose razumijevanju psiholoških poteškoća s kojima se mogu suočavati žene tijekom MPO-e, mogu biti poticaj zdravstvenim ustanovama i klinikama za unapređenje i podizanje razine kvalitete same usluge tijekom i nakon procesa, a usmjerene na podizanje kapaciteta za pružanje stručne psihološke podrške. Rezultati istraživanja jasno ukazuju da mentalno zdravlje žena je značajno povezano s reproduktivnim zdravljem. Razumijevanje ove veze pruža vrijedne uvide za prilagodbu terapijskih pristupa i razvoj strategija za smanjenje stresa tijekom ovog zahtjevnog procesa. Kako je u radu istaknuto, proces MPO-e može biti emocionalno zahtjevan zbog tjelesno zahtjevnih postupka, neizvjesnosti, visokih očekivanja, što može rezultirati anksioznošću, depresijom, osjećajem bespomoćnosti, a čak može dovesti i do suicidalnih misli kod žena koje prolaze kroz proces MPO, što može imati negativan učinak i na sposobnost začeca. Stoga je u sveobuhvatnom liječenju neplodnosti važan timski rad liječnika, psihologa i drugih stručnjaka mentalnog zdravlja kako bi se ženama i parovima pružila cjelovita podrška tijekom procesa. U tom smislu nužno je poštivati i zakonodavni okvir, te svakoj ženi i paru osigurati stručnu podršku i u smislu psihološkog savjetovanja i osnaživanja tijekom i nakon završetka procesa MPO-e.

Ovo istraživanje može biti poticaj za dodatna istraživanja i produbljivanje teme o mentalnom zdravlju žena koje prolaze kroz postupak MPO-e. Radi dobivanja jasnijeg uvida u uzroke i posljedice koje postupak MPO može imati na mentalno zdravlje žene, trebalo bi provoditi longitudinalna istraživanja koja prate žene tijekom dužeg vremenskog razdoblja. Takva istraživanja omogućila bi praćenje promjena u mentalnom zdravlju i primjerice, dinamici

dobivanja socijalne podrške te mogla osigurati snažniju empirijsku spoznaju za prilagodbu psihosocijalnih intervencija sukladno specifičnim potrebama žena. Nadalje, u buduća istraživanja trebali bi se uključiti dodatni aspekti kako bi se dublje razumjela kompleksnost ove teme. Primjerice, ispitivanje financijskih izazova povezanih s MPO može pridonijeti boljem razumijevanju kako materijalni status žene i para ima učinak na mentalno zdravlje i eventualne poteškoće. Troškovi postupaka i financijski pritisak mogu biti značajan okidač stresa i imati učinak na emocionalno stanje žena i parova koji prolaze sam proces liječenja. Također, analiza kvalitete interpersonalne komunikacije i odnosa između partnera tijekom MPO procesa može pružiti uvid u to kako iste imaju učinak na mentalno zdravlje. Razumijevanje emocionalne dinamike unutar odnosa može pomoći u razvoju ciljanih intervencija. Razmatranje učinaka prehrambenih navika, tjelesne aktivnosti i općih životnih stilova na mentalno zdravlje može, također, dodatno obogatiti empirijsku spoznaju. Zdravi životni stilovi sasvim sigurno mogu imati pozitivan učinak na dobro mentalno zdravlje. Istraživanje percepcije žena o kvaliteti medicinske podrške, uključujući iskustva s liječnicima, medicinskim osobljem i dostupnim resursima, može pružiti uvid u ključne točke poboljšanja u sustavu zdravstvene skrbi. Nadalje, i analiza emocionalnih posljedica neuspjelih pokušaja MPO-a može pridonijeti boljem razumijevanju dugoročnih učinaka na mentalno zdravlje i strategija za podršku parova u tim izazovnim situacijama.

Rezultati ovog istraživanja sugeriraju da postoji određena povezanost u iskustvima žena ovisno o vrsti zdravstvene ustanove koju su odabrale za uslugu MPO-e. Buduća istraživanja mogla bi biti usmjerena razumijevanju čimbenika koji pridonose razlikama u zadovoljstvu, dobrobiti, simptomima mentalnog zdravlja te socijalnoj podršci između javnih i privatnih ustanova.

Obzirom na istraživačku podzastupljenost teme mentalnog zdravlja žene i parova tijekom procesa MPO-e te činjenice da se zbog neplodnosti sve veći broj parova odlučuje na ovaj postupak, jasna je potreba za širenjem spoznaje i boljim razumijevanjem psiholoških aspekata ovog procesa.

## 6. ZAKLJUČAK

U svrhu izrade ovog istraživačkog rada provelo se kvantitativno istraživanje na uzorku žena (n=252) koje su prošle kroz postupak MPO-e, s vremenskim razmakom ne većim od šest mjeseci od zadnjeg postupka. Cilj istraživanja bio je istražiti povezanost mentalnog zdravlja sa sociodemografskim obilježjima, percipiranom socijalnom podrškom te zadovoljstvom pruženom medicinskom uslugom.

Prema postavljenim problemima i hipotezama te na osnovu rezultata istraživanja, uzimajući u obzir ranije navedena metodološka ograničenja, moguće je zaključiti sljedeće:

- Istraživanje nije pokazalo značajnije povezanosti istraživanih sociodemografskih obilježja i različitih aspekata mentalnog zdravlja žena koje prolaze kroz postupak MPO-e, no pokazalo se da mlađe žene percipiraju manju ukupnu socijalnu podršku te da žene nižeg materijalnog statusa percipiraju manju socijalnu podršku od partnera, obitelji i prijatelja. Nadalje, rezultati istraživanja pokazali su da žene koje percipiraju veću socijalnu podršku iskazuju bolje mentalno zdravlje. Pokazalo se da veća percipirana socijalna podrška doprinosi boljem svakodnevnom funkcioniranju žena i manjem riziku od rizičnih ponašanja. Ovi rezultati ukazuju na značaj socijalne podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja kao zaštitnog čimbenika. Socijalna podrška, predstavlja zaštitni čimbenik mentalnog zdravlja žena obzirom se pokazalo da je povezana i s manjim simptomima depresivnosti, anksioznosti, tjelesnih smetnji i traume.
- Utvrđena je pozitivna povezanost između zadovoljstva medicinskom uslugom i subjektivne dobrobiti, te negativna povezanost sa simptomima poteškoća mentalnog zdravlja. To ukazuje na značaj kvalitete medicinske usluge u postupku MPO-e u funkciji zaštitnog čimbenika za mentalno zdravlje žena. Rezultati su pokazali da žene koje su zadovoljnije medicinskim uslugama pokazuju bolje svakodnevno funkcioniranje i manji rizik od rizičnih ponašanja, uključujući samoozljeđivanje, suicidalnost i agresivnost.

- Važan rezultat ovog istraživanja odnosi se na rezultate korištenja i dostupnost stručne podrške mentalnom zdravlju. Čak 70,1% žena koje su sudjelovale u istraživanju izjavilo je da su tijekom posljednjeg postupka MPO-e osjećale potrebu za psihološkom pomoći i podrškom od stručnjaka za mentalno zdravlje, poput psihologa, psihijatara i psihoterapeuta. Međutim, 81,5% žena izvijestilo je da im zdravstvena ustanova u kojoj su se liječile nije nudila psihološku podršku tijekom tog procesa. Osim toga, polovica žena u istraživanju (50,9%) izjavilo je da im je takva vrsta podrške bila potrebna, posebno kada su se suočile s negativnim ishodima, poput pobačaja, nedostatka transfera, neuspješne trudnoće ili ne dobivanja jajnih stanica. Zaključno, gotovo sve žene, njih 96,4%, smatraju da je u procesu MPO-e nužno osigurati pristupačnu i kvalitetnu psihološku podršku od strane stručnjaka za mentalno zdravlje.

## 7. ZAHVALA

Želim izraziti iskrenu zahvalu izv. prof. dr. sc. Lindi Rajhvajn Bulat za podršku i angažman tijekom izrade ovog istraživanja. Vaša bezuvjetna podrška, stručnost i savjeti bili su od neizmjerne vrijednosti, pridonoseći kvaliteti i dubini istraživanja.

Posebno želim zahvaliti profesorici koja je bez razmišljanja prihvatila moju temu, bila dostupna u ponoć za svaku podršku i sugestiju te nesebično posvetila pažnju, za mene izuzetno emocionalno važnom istraživanju.

Također, želim izraziti duboku zahvalnost svakoj ženi borilici koja je hrabro sudjelovala u istraživanju. Bez vaše hrabrosti i predanosti, ono ne bi bilo moguće. Vaša iskustva čine bitnu nit ovog rada, a vaša otvorenost pruža nadu i podršku drugim ženama koje prolaze kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje.

Želim iskreno zahvaliti kolegici Ana-Mariji Gaši na nevjerojatoj podršci i motivaciji koju si mi pružila tijekom cijelog procesa pisanja ovog rada. Tvoji savjeti, gramatički ispravci i konstantna podrška bili su ključni za kvalitetu i uspješnost ovog rada. Tvoja spremnost da dijeliš svoje znanje, potičeš me na učenje i pružiš podršku, čak i u stresnim situacijama, znače mi nevjerojatno puno. Hvala ti na tvojoj velikodušnosti i angažmanu koji su dodatno obogatili ovo iskustvo.

Najiskrenije hvala mojoj obitelji i prijateljima, posebice mome mužu Antoniu, na nevjerojatoj podršci, razumijevanju i strpljenju tijekom ovog istraživanja. Bez te podrške, ovo putovanje ne bi bilo isto. Hvala i mojoj kćerkici Nikol na svakom pogledanom crtiću i svakoj prespavanoj noći koja mi je omogućila da se posvetim pisanju i pronađem inspiraciju za istraživanje. Te mom sinu Mateju koji se rodio tijekom pisanja ovog rada i bio jako dobra beba.

## 8. LITERATURA

1. Akrap, A. (2011). Sektor zaposlenosti žena i fertilitet u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja : Časopis za opća društvena pitanja*, 20(111), 3-23.
2. Al-Asadi JN, Hussein ZB. (2015). Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. *Journal of the Chinese medical association*, 78(11), 673-7.
3. An, Y., Wang, Z., Ji, H., Zhang, Y., & Wu, K. (2011). Pituitary-adrenal and sympathetic nervous system responses to psychiatric disorders in women undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 96(2), 404-408.
4. Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L., & La Sala, G. B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14(12), 3126-3132.
5. Bakić, I. (2020). *Neploidnost i aktivnosti primalje u skrbi žena s dijagnozom neploidnosti*. Doktorska disertacija, Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.
6. Balentović, I. (2012). *Obitelji djece s teškoćama u razvoju: Sustav pomoći i podrške obiteljima opterećenim socijalnim rizicima*. Specijalistički rad, Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
7. Barath, A. (1995). *Kultura, odgoj i zdravlje*. Zagreb: Visoka medicinska škola-katedra za zdravstvenu psihologiju.
8. Bauman R. (2009). Obrada i terapija neploidnosti. *Medicina Fluminensis*, 45(4), 300-312.
9. Bedalov, A. (2016). *Psihološki aspekti steriliteta*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.
10. Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.
11. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* New York: Basic.
12. Brandes, M., van der Steen, J. O., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human reproduction*, 24(12), 3127-3135.

13. Burns HL. (2013) *Psychological changes in infertility patients*. U: Rosen A, Rosen J, ur. Frozen dreams: psychodynamic dimension of infertility and assisted reproduction, 2. izd. NY: Routledge. str. 3-29.
14. Burns, L. H. (2007). Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
15. Campbell, S. M., Dunkel-Schetter, C., & Peplau, L. A. (1991). Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization. *Infertility: Perspectives from stress and coping research*, 133-156.
16. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*, 19(10), 2313-2318.
17. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
18. Conger, R.D. & Jewsbury Conger, K. (2008.) Understanding the processes through which economic hardship influences families and children. In: D.R. Crane & T.B. Heaton, (eds.) *Handbook of families and poverty*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications, 64-81.
19. Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R. (2011). Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction*. 16(3), 587-92, 159.
20. Cousineau, T. M. & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of intertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
21. Crawford, N. M., & Steiner, A. Z. (2015). Age-related infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 42(1), 15-25.
22. Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439-449.
23. Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Alper M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 94(4), 1457-1459.

24. Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and sterility*, 58(6), 1158-1163.
25. Domar, A., Gordon, K., Garcia-Velasco, J., La Marca, A., Barriere, P. Beligotti, F. (2018). Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. *Human Reproduction*. 27(4), 1073-1079.
26. Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social science & medicine*, 65(8), 1683-1694.
27. Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social science & medicine*, 48(5), 575-589.
28. Ezabadi, Z., Mollaahmadi, F., Sazvar, S., Vesali, S., & Omani-Samani, R. (2019). Satisfaction with information provided to infertile patients who undergo assisted reproductive treatment. *International journal of fertility & sterility*, 12(4), 324.
29. Friščić, T., & Kušević, Z. (2013). Najčešći psihološki problemi kod parova u procesu potpomognute oplodnje. *Socijalna psihijatrija*, 41, 99-108.
30. Glover L, Gannon K, Abel PD., (1999). Eighteen-month follow-up of male subfertility clinic attenders: A comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility. *Journal of reproductive and infant psychology*, 17(1), 83-7.
31. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Griva F, Vaslamatzis G. (2016). Alexithymia and fertilityrelated stress. *Women & health*, 56(3):312-25.
32. Grbavac, I. (2020). *Kvaliteta života u žena i muškarca u postupku medicinski potpomognute oplodnje*. Medicinski fakultet u Zagrebu, Disertacija.
33. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. (2010) *The experience of infertility: a review of recent literature*. *Sociol Health Illn* ;32(1):140-62.  
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2023%20OBJAVE/Godi%C5%A1nje%20izvje%C5%A1%C4%87e%20o%20MPO%20aktivnostima%20u%202021.%20godini.pdf>
34. Jenkins, M. R. (2019). *Family-building beliefs, experiences, and decisions in a sample of young female cancer survivors*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(2), 220–233.



35. Jestrović, J. (2021). *Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije*. Neobjavljena doktorska disertacija. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet.
36. Jestrović, J. i Mihić, I. (2018). *Kakve su potrebe za psihološkom podrškom žena koje se suočavaju sa neplodnošću?* U I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (str. 122-142). Novi Sad: Filozofski fakultet
37. Jestrović, J., Mihić, I., (2020) Centar za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima Harmonija, Novi Sad , Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu , *Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti značajnost različitih izvora podrške*.
38. Jokić-Begić, N., Lauri Korajlija, A., Jurin, T., & Evans, C. (2014). Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. *Psihologijske teme*, 23(2), 265-288.
39. Jurić Vukelić, D. (2021). *Psihosocijalne osobitosti žena u procesu potpomognute oplodnje*. Doktorska disertacija, Zagrebu: Medicinski fakultet.
40. Jurin Bakotić, V. Miškić, J. (2022) Zakonodavni okvir medicinski pomognute oplodnje u Republici Hrvatskoj. *Zbornik radova Veleučilišta u Šibeniku*, 16 (3-4), 153-174.
41. Kapamardžija A. (1989). *Psihosocijalni aspekti steriliteta žene*. Novi Sad: Medicinski fakultet.
42. Keramat, A., Masoomi, S. Z., Mousavi, S. A., Poorolajal, J., Shobeiri, F., & Hazavhei, S. M. (2014). Quality of life and its related factors in infertile couples. *J Res Health Sci*, 14(1), 57-63.
43. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja. U: Mužinić Marinić, L. (ur.), *Psihijatrija u zajednici* (str. 201-222), Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
44. Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS One*, 13(6), 1–12.
45. Lamas C, Chambry J, Nicolas I, Frydman R, Jeammet P, & Corcos M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 27(1), 23-30.

46. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. (2007) Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*. 22(1), 288-94.
47. Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1988). *Sexual desire disorders* New York. NY: Guilford.
48. Lewis, A. M., Liu, D., Stuart, S. P., & Ryan, G. (2013). Less depressed or less forthcoming? Self-report of depression symptoms in women preparing for in vitro fertilization. *Archives of women's mental health*, 16, 87-92.
49. Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK & Haines CJ. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest*; 53, 195-9.
50. Lowyck B., Luyten P., Corveleyn J., D'Hooghe T. & Demyttenaere K. (2009). Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human reproduction*, 24(3), 524-529.
51. Mac Dougall, K., Beyene, Y., & Nachtigall, R. D. (2012). Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, 28(2), 350-356.
52. Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Samani, RO., & Ezabadi, Z. (2016). Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. *International journal of reproductive biomedicine*, 14(1), 57.
53. 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.
54. Masoumi, S. Z., Poorolajal, J., Keramat, A., & Moosavi, S. A. (2013). Prevalence of depression among infertile couples in Iran: a meta-analysis study. *Iranian journal of public health*, 42(5), 458-466.
55. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, & Makino T. (2001). Emotional distress of women in Japan. *Human Reproduction*, 16, 966-969.
56. Mechanick Braverman, A., Domar, A. D., Brisman, M. B., & Webb, K. J. (2015). ART Nurses as the Patient's Partner in Care: Targeting Depression, Stress, and Other Barriers. *Contemporary OB/GYN*, 60(6).

57. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). A model of attachment-system functioning and dynamics in adulthood. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, 27-46.
58. Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
59. Milovanović, J. M. (2018). *Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoeфикаsnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života*. Neobjavljena doktorska disertacija. Beograd: Filozofski fakultet.
60. Ministarstvo zdravstva (2022). *Godišnje izvješće o MPO aktivnostima iz 2021*. [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva :
61. Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
62. Muslić, L.J., Rukavina, T., & Raguž Pečur, B. (2024). *Znate li što je mentalno zdravlje? Dobrodošli u pojmovnik mentalnog zdravlja!*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
63. Nekić, M., Bekavac, J., & Tucak Junaković, I. (2015). Depresivnost žena koje su u postupku medicinski potpomognute oplodnje. *Socijalna psihijatrija*, 43(3), 0-120.
64. Nguyen, R., & Wilcox, A. (2005). Terms in reproductive and perinatal epidemiology: I. Reproductive terms. *Journal of epidemiology and community health*, 59(11), 916.
65. Ormel J., & Wohlfarth T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of personality and social psychology*, 60(5), 744.
66. Pasha H. (2011). Evaluation of depression in Infertile Women Using Beck and Hamilton. *Fertil Steril*, 5, 99.
67. Peterson B.D., Pirritano M., Block J.M., & Schmidt L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertil Steril*, 95(5), 1759 - 1763.
68. Peterson B.D., Pirritano M., Christensen U., & Schmidt L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23, 1128–37.
69. Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55(2), 227-239.

70. Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 29(3), 243–248.
71. Peterson, B.D., Newton, C.R., Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*; 88, 911–914.
72. Radaković, B. (2009). New strategies and recommendation European community in treatment of infertility with assisted reproductive technologies. *Gynaecologia et perinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics*, 18(2), 55-60.
73. Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, 4, 1-7.
74. Ražić Pavičić, A. (2021). *Povezanost psiholoških čimbenika s ishodom izvantjelesne oplodnje u primarno neplodnih žena*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
75. Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., & Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human reproduction update*, 20(4), 594-613.
76. Rooney K.L., & Domar, A.D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*, 20(1), 41-47.
77. Sarafino, E. (2002). *Health psychology*. Wiley.
78. 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.
79. Smeenk, J. M. J., Verhaak, C. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D. M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human reproduction*, 16(7), 1420-1423.
80. Stead R., Shanahan M.J., Neufeld RW. (2010). “I’ll go to therapy, eventually”: Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 175- 180.

81. Steingold, K. A., Cedars, M., Lu, J. K. H., Randle, D., Judd, H. L., & Meldrum, D. R. (1987). Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. *Obstetrics & Gynecology*, 69(3), 403-411, 189.
82. Šimunić V. (2001) *Izvantjelesna oplodnja i druge metode pomognute oplodnje u čovjeka*. U: Šimunić V, ur. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak (Medicinska biblioteka); str. 357-67.
83. Šimunić V. (2012) *Plodnost i neplodnost čovjeka*. U: Šimunić V, ur. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost, Medicinski pomognuta oplodnja, IVF. Zagreb: Školska knjiga, str. 119-40.
84. Šimunić, V. (2020). *Uspješnost ivf/icsi-a danas u Europi i RH*. Posjećeno 21.11.2023. godine na mrežnoj stranici : <http://www.profesor-simunic.com/uspjesnost-ivf-icsi-a-danas-u-europi-i-rh/>
85. Šimunić, V., Maričić, I., Dobec, D., Matić, I., & Đermanović, M. (2020). *Izvantjelesna oplodnja, In vitro fertilizacija- Intracioplazmatska spermalna injekcija*. Poliklinika IVF.
86. Štimac Grbić, D. (2022). Zašto je duševno zdravlje vodeći izazov zdravlja u Hrvatskoj danas?. *Epoha zdravlja: glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*, 15(1), 4-6.
87. Taylor A. (2003). ABC of subfertility. Extent of the problem. U: Braude P., & Taylor A. (ur.) *ABC of subfertility*. (str. 39 - 44). BMJ.
88. Thornton A., & Young-DeMarco L. (2001). Four decades of trends in attitudes toward family issues in the United States: The 1960s through the 1990s. *Journal of marriage and family*, 63(4), 1009-1037.
89. Vaegter, K. K., Lakic, T. G., Olovsson, M., Berglund, L., Brodin, T., & Holte, J. (2017). Which factors are most predictive for live birth after in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection (IVF/ICSI) treatments? Analysis of 100 prospectively recorded variables in 8,400 IVF/ICSI single-embryo transfers. *Fertility and sterility*, 107(3), 641-648.
90. Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & d'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and obstetric investigation*, 68(1), 58-64.

91. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Kremer, J. A., Braat, D. D., & Kraaimaat, F. W. (2002). The emotional burden of artificial insemination: increased anxiety and depression following an unsuccessful treatment. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 146(49), 2363-2366.
92. Verhaak, C., Hammer Burns, L. (2006). *Behavioral Medicine Approaches to Infertility Counseling*. U: Convington SN, Hammer Burns L, (ur.), *Infertility and Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press. 169-195.
93. Verma P., Rastogi R., Sachdeva S., Gandhi R., Kapoor R., Sachdeva S. (2015). Psychiatric morbidity in infertility patients in a tertiary care setup. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(9), VC01–VC06.
94. Volgsten, H., Svanberg, A.S., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., Poromaa, I.S. (2010). Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 93(4), 1088-96.
95. Vuković, P. (2014). *Uzroci ponavljanoeg neuspjeha implantacije zametka poslije izvanmaterne oplodnje*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
96. WHO (2023). *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*. Posjećeno 3.7.2024. godine na mrežnoj stranici WHO : <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>.
97. WHO (2023). *Infertility*. Posjećeno 21.11.2023. godine na mrežnoj stranici WHO : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
98. Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I., Verres R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human reproduction*, 16(8), 1753-1761.
99. Wu A.K., Elliott P., Katz P.P., & Smith J.F. (2013). Time costs of fertility care: the hidden hardship of building a family. *Fertility and sterility*, 99(7), 2025-2030.
100. Yong P, Martin C, Thong J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17, 553-556.
101. Zaig, I., Azem, F., Schreiber, S., Amit, A., Litvin, Y. G., & Bloch, M. (2013). Psychological response and cortisol reactivity to in vitro fertilization treatment in women with a lifetime anxiety or unipolar mood disorder diagnosis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 16117.

102. Zakon o medicinski potpomognutoj oplodnji. Narodne novine, 86/12.
103. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., van der Poel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; *World Health Organization*. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human reproduction*, 24(11), 2683-2687.
104. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

## 9. PRILOZI

### **Prilog 1. Anketni upitnik**

Poštovana,

zahvaljujemo što ste iskazali interes za sudjelovanjem u istraživanju o razini stresa u postupku medicinski potpomognute oplodnje. Cilj istraživanja je steći uvid u razinu stresa kod žena koje prolaze postupak medicinski potpomognute oplodnje. Za istraživanje su nam potrebne žene koje prolaze postupak medicinski potpomognute oplodnje, a da od zadnjeg postupka nije prošlo više od 6 mjeseci. Istraživanje je povjerljivo i anonimno, a rezultati će biti obrađeni i objavljeni na grupnoj razini te se vaši odgovori neće obrađivati ili iznositi izdvojeno od ostalih podataka. Ispitivanje ankete traje približno 20 minuta. Ukoliko ste zainteresirani za rezultate istraživanja rado ćemo vam ih poslati po završetku istraživanja. Ukoliko imate neko pitanje o istraživanju i Vašem sudjelovanju, slobodno nam se javite na e-mail adresu: [nikolina.hertz@student.pravo.hr](mailto:nikolina.hertz@student.pravo.hr)

### **Upitnik sociodemografskih obilježja**

1. Koja je Vaša dob (u godinama)
  
2. Koji je Vaš najviši stupanj obrazovanja?
  - a) OŠ
  - b) SSS
  - c) preddiplomski ili diplomski studij
  
3. Vaš radni status:
  - a) zaposlena
  - b) nezaposlena
  - c) studentica
  - d) u mirovini
  - e) nisam aktivna na tržištu rada (npr. domaćica)



**4. Vaš bračni status:**

- a) udana
- b) samac
- c) izvanbračna zajednica
- d) razvedena
- e) udovica

**5. Koliko dugo ste u vezi s Vašim sadašnjim partnerom?**

- a) 0-2 godine
- b) 3-5 godina
- c) 6-10 godina
- d) 11-15 godina
- e) više od 15 godina
- f) nemam partnera

**6. Najviši stupanj obrazovanja Vašeg partnera?**

- a) OŠ
- b) SSS
- c) preddiplomski ili diplomski studij
- d) poslijediplomski studij
- e) nisam u partnerskoj vezi

**7. Radni status Vašeg partnera?**

- a) zaposlen
- b) nezaposlen
- c) student
- d) u mirovini
- e) nije aktivan na tržištu rada (npr. kućanski poslovi)
- f) nešto drugo

g) nisam u partnerskoj vezi

**8. Koliko članova broji Vaše kućanstvo, uključujući i Vas: (Upišite broj)**

**9. Imate li djece?**

a) da

b) ne

**10. Ako imate djecu, koliko? (Upišite broj)**

**11. Koliki je okvirno mjesečni prihod s kojim raspolažete Vi i Vaša obitelj?**

a) 0 - 600 eura

b) 601 – 1100

c) 1001 – 1600

d) 1601 – 2100

e) 2101 – 2600

f) 2601 – 3100

g) 3101 – 3600

h) 3601 – 4100

i) 4101 eura i više

**12. Kako biste procijenili Vaš materijalni status?**

a) vrlo loše, znatno slabije od većine drugih

b) loše, slabije od većine drugih

c) srednje, kao u većini drugih

d) dobro, bolje od većine drugih

e) odlično, znatno bolje od većine drugih

**Slijedi nekoliko pitanja o postupku i procesu medicinski potpomognute oplodnje:**

**13. Koliko dugo se liječite od neplodnosti (u godinama, upišite broj)?**

**14.** Jeste li se liječili od neplodnosti unazad 6 mjeseci?

- a) da
- b) ne

**15.** Koliko puta ste do sada bili u procesu potpomognute oplodnje? (upišite broj)

**16.** U kojoj ustanovi ste se liječili od neplodnosti?

- a) javnoj zdravstvenoj ustanovi
- b) privatnoj zdravstvenoj ustanovi
- c) obje

**17.** Jeste li se liječili na teret HZZO-a?

- a) djelomično na teret HZZO-a
- b) u potpunosti u vlastitom trošku
- c) u potpunosti na teret HZZO-a

**18.** Jeste li tijekom zadnjeg procesa medicinski potpomognute oplodnje osjećali potrebu za psihološkom pomoći i podrškom od stručnjaka za mentalno zdravlje (psihologa, psihijatra, psihoterapeuta i dr.)?

- a) da
- b) ne
- c) ne sjećam se

**19.** Ako je odgovor na prethodno pitanje bilo potvrdno, kada vam je podrška bila najpotrebnija?

- a) prije početka liječenja
- b) tijekom liječenja
- c) nakon završetka liječenja

d) kada je došlo do neželjenog ishoda ( pobačaj, nije došlo do transfera, trudnoća, nisu dobivene jajne stanice...)

e) ne sjećam se

**20.** Jeste li ikad koristili uslugu psihološke podrške (psihologa, psihijatra, psihoterapeuta ili nekog drugog stručnjaka za mentalno zdravlje) u vezi postupka medicinski potpomognute oplodnje?

a) da

b) ne

**21.** Ako je odgovor na prethodno pitanje bilo potvrdno koliko Vam je ona pomogla?

a) nimalo

b) malo

c) donekle

d) puno

**22.** Je li Vam zdravstvena ustanova u kojoj se liječite nudila psihološku podršku tijekom postupka medicinski potpomognute oplodnje?

a) da

b) ne

c) ne sjećam se

**23.** Smatrate li da je u procesu medicinski potpomognute oplodnje ženama nužno osigurati dostupnu psihološku podršku?

a) da

b) ne

c) nisam sigurna

**24.** Jeste li ikada morali uzeti slobodan dan na poslu ili bolovanje zbog psiholoških poteškoća povezanih s liječenjem neplodnosti (primjerice zbog stresa, uznemirenosti, frustracije, umora, razočarenja ili sl.)?

- a) da
- b) ne
- c) nisam zaposlena

**25. Jeste li uspjeli uskladiti posao i postupak medicinski potpomognute oplodnje?ž**

- a) uopće nisam uspjela
- b) nisam uspjela
- c) i jesam i nisam uspjela
- d) uspjela sam
- e) u potpunosti sam uspjela
- f) nisam zaposlena

**Molimo Vas da u sljedećim pitanjima na ljestvici od 1 (uopće nisam) do 5 ( u potpunosti sam) procijenite koliko ste unazad 6 mjeseci bila zadovoljna:**

	1	2	3	4	5
Kvalitetom usluge liječenja u postupku medicinski potpomognute oplodnje?					
Pristupom zdravstvenog osoblja tijekom liječenja u postupku medicinski potpomognute oplodnje?					
Komunikacijom između liječnika koji Vas je vodio kroz postupak medicinski potpomognute oplodnje i Vas?					
Količinom pomoći koju ste dobivali u zdravstvenoj ustanovi tijekom postupka medicinski potpomognute oplodnje?					
Kako biste ocijenili razinu Vašeg povjerenja prema liječniku koji Vas je vodio kroz postupak potpomognute oplodnje?					

## Upitnik 2 – CORE-OM upitnik za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća

Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje se odnose kako ste se osjećali tijekom zadnjeg postupka medicinski potpomognute oplodnje, a da od zadnjeg postupka nije prošlo više od 6 mjeseci. Pročitajte svaku tvrdnju pažljivo i na svaku tvrdnju odgovorite tako da označite jedan od pet predviđenih odgovora.

Pri tome brojevi znače sljedeće:

0 - nikad

1 - vrlo rijetko

2 - ponekad

3 - često

4 - gotovo uvijek

	0	1	2	3	4
Osjećala sam se jako usamljeno ili izolirano.					
Osjećala sam se napeto, tjeskobno ili nervozno.					
Znala sam da se mogu na nekog osloniti ako mi zatreba.					
Bila sam zadovoljna sa sobom.					
Bila sam potpuno bez volje i energije.					
Bila sam fizički nasilna prema drugima.					
Mogla sam se nositi s teškoćama.					
Mučili su me bolovi ili drugi tjelesni problemi.					
Padalo mi je na pamet da se ozlijedim.					
Bilo mi je prenaporno razgovarati s drugima.					
Napetost i tjeskoba sprječavali su me u obavljanju važnih stvari.					

Bila sam zadovoljna s onim što sam napravila.					
Uznemiravale su me neželjene misli i osjećaji.					
Došlo mi je da zaplačem.					
Osjećala sam paniku ili užas.					
Planirala sam si oduzeti život.					
Osjećala sam da su me problemi preplavili.					
Imala sam problema sa spavanjem.					
Osjećala sam bliskost prema nekome.					
Previše sam brinula o svojim problemima.					
Bila sam u stanju obaviti gotovo sve što sam trebala.					
Prijetila sam nekom ili ga zatrašivala.					
Osjećala sam se očajno ili beznadno					
Razmišljala sam kako bi bilo bolje da me nema.					
Osjećala sam se kritizirano.					
Činilo mi se da nemam prijatelja.					
Bila sam nesretna.					
Uznemiravale su me neugodne slike i sjećanja.					
Bila sam razdražljiva u prisutnosti drugih.					
Mislila sam da sam kriva za svoje probleme.					
Bila sam optimistična u vezi svoje budućnosti.					

Postigla sam ono što sam željela.					
Osjećala sam se poniženo ili posramljeno.					
Namjerno sam se fizički ozljeđivala ili izlagala svopje zdravlje ozbiljnom riziku.					

### Upitnik 3- Multidimenzionalnu skalu percipirane socijalne podrške (MSPPS)

Pred Vama se nalazi niz tvrdnji koje se odnose na Vašu percepciju socijalne podrške, odnosno koliko osjećate podršku od strane partnera, obitelji, prijatelja i ostalih ljudi koji su dio Vašeg svakodnevnog života. Pročitajte svaku tvrdnju pažljivo i na svaku tvrdnju odgovorite tako da označite jedan od sedam predviđenih odgovora s obzirom na to koji broj najbolje opisuje Vaše mišljenje u vezi svake tvrdnje. Pri tome brojevi znače sljedeće:

- 1 - uopće se ne slažem
- 2 - umjereno se ne slažem
- 3 - ne slažem se
- 4 - nemam mišljenje / neutralna sam
- 5 - slažem se
- 6 - umjereno se slažem
- 7 - potpuno se slažem

	1	2	3	4	5	6	7
Imam partnera koji je uz mene kada trebam pomoć.							
Imam partnera s kojim mogu podijeliti svoje veselje i tugu.							
Moja obitelj mi zaista nastoji pomoći.							
Moja obitelj mi daje potrebnu emocionalnu pomoć i podršku.							
Imam partnera s kojim se osjećam zaista ugodno.							



Moji prijatelji mi zaista pokušavaju pomoći.							
Mogu računati na svoje prijatelje kada stvari krenu krivo.							
Mogu razgovarati o svojim problemima sa svojom obitelji.							
Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti svoje veselje i tugu.							
Mojem partneru je stalo do mojih osjećaja.							
Moja obitelj mi je voljna pomoći u donošenju odluka.							
O svojim problemima mogu razgovarati sa svojim prijateljima.							

**Zahvaljujemo na Vašem sudjelovanju!**

## ŽIVOTOPIS

Moje ime je Nikolina Brezonjić, rođena 28. listopada 1992. godine u Zagrebu. Trenutno sam studentica druge godine socijalnog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Moji profesionalni interesi obuhvaćaju rad s djecom s teškoćama u razvoju te savjetovanje neplodnih parova.

Tijekom svoje karijere, posvetila sam se edukaciji i praktičnom radu s djecom s teškoćama u razvoju. Završila sam više od 25 edukacija usmjerenih na ovaj segment te već nekoliko godina radim kao pomoćnik u nastavi, pružajući podršku djeci u školskom okruženju.

Osim toga, stekla sam značajno iskustvo u području savjetovanja neplodnih parova. Završila sam niz edukacija, uključujući "Osnove savjetovanja", "(Ne) Plodnost" te "Gubitak trudnoće". Moja želja je da se u budućnosti posvetim pružanju podrške i edukacije neplodnim parovima, posebno tijekom postupaka medicinski potpomognute oplodnje.

Kombinacijom praktičnog iskustva i formalnog obrazovanja, cilj mi je doprinijeti boljitku zajednice kroz stručnu pomoć i savjetovanje onima kojima je to najpotrebnije. Strastveno vjerujem u važnost podrške i edukacije te se nadam da ću svojim radom moći pomoći mnogim pojedincima i obiteljima da prevladaju izazove s kojima se suočavaju.