

Pitanje vantelesne oplodnje u centar istraživanja stavlja telo žene. U postojećoj teorijskoj literaturi o telu, jedan od pravaca izučavanja jeste da telo postoji onoliko koliko u njega učitavamo naše ideološke i druge odrednice. Činjenica je da je telo žene u 21. veku postalo područje borbe za moć nad telom. Samo tako može opstati industrija lepote (žensko telo treba prekrajati u skladu sa 'normama' lepote), farmaceutska industrija (iz ženskog telo treba 'izbaciti' suvišno), medicine (u žensko telo treba ubaciti ono što je potencijalni ponos nacije), prehrambene industrije ...

Potrebna nam je teorija prakse koja pomaže ženama da steknu znanje i vrednosti sopstvenog tela i da se odupru svim ovim industrijama i ne dozvole da ga prisvajaju ili menjaju.

(Iz recenzije prof. dr Svenke Savić)

Rad Ksenije Kričković Pele predstavlja jedinstvenu studiju na temu istraživanja društvenog aspekta neplodnosti sa stanovišta rodni studija i feminističke metodologije u kojoj o neplodnosti ne govore statistički podaci iz zdravstvenih ustanova, već one koje se sa neplodnošću bore – žene. Žene, koje sebe smatraju, nesavršenim, nepotpunim i uskraćenima za ispunjenje osnovnog zahteva patrijarhata u državi kojoj preti „izumiranje nacije“, a to je - ultimativni imperativ rađanja.

(Iz recenzije prof. dr Aleksandre Novakov Mikić)

Ksenija Pele u svom istraživanju pokazuje u kojoj meri asistiranje reproduktivne tehnologije pomerajući biološku i medicinsku granicu steriliteta zahvataju i jednu širu oblast društvenih odnosa i redefinišu i društvene i kulturološke obrasce braka, partnerstva i roditeljskih uloga. Budući da se „modeli materinstva proizvode aktuelnim državnim, ekonomskim, socijalnim, tehnološkim, te kulturnim, socijalnim i medicinskim režimima“ (Vilenica), nove reproduktivne tehnologije, svojom rekonceptualizacijom pojma materinstva, postale su predmet proučavanja kako s medicinskog tako i sa etičkog, pravnog, sociološkog, kulturološkog, ekonomskog, psihološkog i političkog stanovišta i samim tim inicirale i niz pitanja i diskusija u okviru feminističke teorije i prakse kojima autorka posvećuje posebnu pažnju.

(Iz recenzije dr Sivije Dražić)



VANTELESNA OPLODNJA: RODNE I DRUŠTVENE KONTROVERZE / Ksenija Kričković Pele

VANTELESNA OPLODNJA: RODNE I DRUŠTVENE KONTROVERZE

Ksenija Kričković Pele



ZAVOD ZA
RAVNOPRAVNOST
POLOVA

vantelesna oplodnja: rodne i društvene kontroverze

VANTELESNA OPLODNJA: RODNE I DRUŠTVENE KONTROVERZE

Ksenija Kričković Pele

Izdaju: Zavod za ravnopravnost polova i ACIMSI Centar za rodne studije Univerziteta u Novom Sadu

Za izdavače: Vesna Šijački i Svenka Savić

Recenzije: Aleksandra Novakov Mikić, Medicinski fakultet, Novi Sad;

Svenka Savić, Centar za rodne studije UNS, Novi Sad; Silvia Dražić, Novi Sad

Lektura: Silvia Dražić

Prelom i dizajn korica: Relja Dražić

Štampa: ALFA graf, Petrovaradin

Tiraž: 500 primeraka

Novi Sad, 2014



ZAVOD ZA
RAVNOPRAVNOST
POLOVA



Sredstva za objavljivanje knjige obezbeđena su u budžetu AP Vojvodine

CIP - Katalogizacija u publikaciji

Библиотека Матице српске, Нови Сад

618.177-089.888.11:316

КРИЧКОВИЋ-Пеле, Ксенија

Vantelesna oplodnja : rodne i društvene kontroverze / Ksenija Kričković Pele. - Novi Sad : Pokrajinski zavod za ravnopravnost polova : ACIMSI - Centar za rodne studije, 2014 (Petrovaradin : Alfa graf). - 120 str. : ilustr. ; 24 cm. - (Edicija doktorskih, master i magistarskih radova u oblasti ravnopravnosti polova "Roza Luksemburg")

Tiraž 500. - Summary.

ISBN 978-86-86259-17-2

а) Вештачка оплодња - Друштвени аспект

COBISS.SR-ID 291659783

vantelesna oplodnja: rodne i društvene kon- troverze

Ksenija Kričković Pele

Novi Sad, 2014

^

Ovo je skraćena i modifikovana verzija odbranjenog master rad na ACIMSI Centru za rodne studije Univerziteta u Novom Sadu, pod nazivom „Vantelesna oplodnja: rodne i društvene kontroverze“, pred komisijom u sastavu: prof. dr Marija Zotović, mentorka, prof. dr Svetlana Tomin i prof. dr Svenka Savić, članice.

Zahvaljujem mentorki i članicama komisije, recenzentkinjama, posebno direktorki Zavoda za ravnopravnost polova Vesni Šijački i stručnoj saradnici Katarini Krajnović.

Zahvalnost dugujem i medicinskim sestrama Zavoda za humanu reprodukciju i Zavoda za patologiju trudnoće Klinike za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu koje su svakodnevno pomagale da ostvarim kontakt sa ženama koje su popunjavale upitnike i svim ispitanicama, koje su i pored toga što su bile pacijentkinje, pristajale da budu i učesnice u jednom istraživanju na temu materinstva.

Veliku zahvalnost dugujem celoj porodici, suprugu Davoru i mami Zorici, koji su bezpogovorno preuzimali moje obaveze, a rad posvećujem sinu Marku.

SAŽETAK

^

Osnovi cilj rada je kritička analiza fenomena novih reproduktivnih tehnologija i materinstva u našem društvu danas. Ženama koje nisu uspevale da ostvare visoko vrednovan ideal materinstva, savremena tehnologija podarila je nadu i nametnula brojna etička, pravna, društvenokulturološka i rodna pitanja u vezi sa asistiranim reproduktivnim tehnologijama.

U teorijskom delu prikazujem osnovnu debatu unutar feminističkih stanovišta o ideologiji i dekonstrukciji materinstva: pokazujem načine na koje je žensko telo iskorišćeno u svrhe povećanja prirodnog priraštaja stanovništva kao bitne odrednice državne politike i razumevanje motiva za materinstvo.

Takođe, objašnjavam diskurse na temu novih reproduktivnih tehnologija i njihov odnos prema pojmu materinstva.

U empirijskom delu istražujem motivaciju žena za materinstvom. Korpus empirijskih podataka u ovom istraživanju čini analiza upitnika 100 žena: 50 žena koje su bile u programu vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu; 50 trudnica hospitalizovanih na Klinici (kontrolna grupa). Rezultati istraživanja daju mogućnost za zaključivanje o 'prosečnoj' ženi uključenoj u program vantelesne oplodnje, te da je u Srbiji na snazi svojevrсна tradicionalistička upotreba asistiranih reproduktivnih tehnologija. Kod žena u postupku vantelesne oplodnje najviše su vrednovani motivi koji mere ličnu želju za odgojem dece i identifikaciju uloge žene sa ulogom majke a najslabije utiču pritisak okoline i instrumentalistički motivi.

Motivacija za materinstvom žena koje se bore sa sterilitetom je hegemonna i ima odlike i tradicionalne i moderne vrednosne orijentacije i se ne razlikuje od trudničke populacije.

Ključne reči: asistirane reproduktivne tehnologije, feminizam, materinstvo, motivacija za materinstvom, vantelesna oplodnja

1. UVOD

Fenomen humane reprodukcije pripada privatnoj sferi svake žene i muškarca. No isto tako, svako društvo kulturnim obrascima i zakonskom regulativom pokušava da normira sve faze reprodukcije tako da intervencijom države, privatna sfera reprodukcije postaje javna, a samim tim i (ne)rađanje postaje ne samo javno nego i važno političko pitanje.

Postoje razlike između tradicionalnih i savremenih shvatanja reprodukcije. „Ukoliko se radi o tradicionalnoj bračnoj zajednici, o reprodukciji se ne govori, još manje dogovara, a najmanje se ona planira. U takvim tradicionalnim zajednicama reprodukcija se čoveku događa, on je ne planira, ne interveniše u tokove određene spoljnim silama.“ (Berić 1992: 105).

Nasuprot tradicionalističko-fatalističkom, savremeni, medicinski i rodno odgovoran diskurs planiranja porodice nalaže proaktivan pristup u odnosu između osobe koja pruža znanje (lekar ili lekarka) i osobe koja to znanje prima (žena) u kojem postoje mogućnosti svesnog odlučivanja o reprodukciji.

Rađanje i materinstvo, kao pitanje ženskog izbora oduvek su bile bitne teme feminističkog promišljanja o reproduktivnim pravima žena. Pravo na (ne) rađanje i društveno nepriznavanje važnosti materinstva i resursa koje žena ulaže u porodicu bila su značajna pitanja za feminističke pokrete, nacionalne politike i zakonske regulative ovih oblasti.

Međutim, iako se rađanje deteta smatra „prirodnim odgovorom“ na društveno očekivane roditeljske uloge, takav ishod nije uvek lako ostvariv za sve.

Parovi koji nisu mogli da imaju decu ostajali su bez potomaka ili su se odlučivali na usvajanje sve do 80-ih godina prošlog veka kada tehnološki sofisticirane metode omogućavaju rađanje deteta koje je biološki povezano sa oba (ili bar sa jednim od) roditelja, kako heteroseksulnim, tako i homoseksual-

nim, transrodnim, transpolnim osobama, kao i ženama u postmenopauzi¹.

Postupak in vitro fertilizacije (oplodnje van tela) se više decenija primenjuje u veterinarskoj medicini, a u humanoj medicini ovaj postupak je u ekspanziji od 25. jula 1978. godine kada su u Velikoj Britaniji, Patrik Stepto, ginekolog, i Ser Robert Edwards, embriolog, objavili rođenje Lujze Braun, prve bebe začete van tela majke. Nakon njenog rođenja, trijumfalan uspeh artifičijalne reproduktivne tehnologije dramatično je ubrzao naučnoistraživački rad u mnogim oblastima i podario nadu osobama s problemima neplodnosti. Istovremeno, nametnuo je brojne etičke, pravne, moralne, društveno-kulturološke i rodne polemike, naročito u onim zemljama u kojima postoje naglašeni trendovi negativnih populacionih kretanja.

Fenomen novih reproduktivnih tehnologija (NRT) proučava se s medicinskog, etičkog, pravnog, sociološkog, kulturološkog, ekonomskog, psihološkog, rodnog, religijskog i mnogih drugih aspekata koji se međusobno prepliću. Posledično, unutar korpusa feminističke teorije i prakse koje ove diskurse subvertiraju, nove reproduktivne tehnologije ne samo da preformulišu stara pitanja nego postavljaju i neka sasvim nova.

Asistirane reproduktivne tehnologije (u daljem tekstu ART) unose promene, ne samo u medicinski aspekt steriliteta, nego (pod uslovom da im zakon dopušta), duboko zadiru u društvene i kulturološke obrasce braka, partnerstva, roditeljskih uloga i rodnu ravnopravnost. Futuristička predviđanja u vezi genetskog inženjeringa i kloniranja, za neke autore, samo su logične posledice asistirane ljudske tehnologije, jer i danas dete rođeno uz pomoć ART-a može da ima pet „roditelja“ (donator sperme, donatorka jajne ćelije, surogat majku i par koji ga želi za sebe). Već danas, jednim klikom putem interneta, ocenjujući profil, mogu se odabrati potencijalni donator sperme, jajne ćelije ili embriona i surogat majka koja će roditi dete za određenu uslugu, uglavnom za novac.

.....

1 Omkari Panvar, koja je 2008. godine rodila blizance u 70-oj godini, najstarija je žena koja je rodila sina i ćerku uz pomoć IVF. Da bi platili IVF, rasprodali su imovinu i podigli kredit da bi dobili sina (imaju dve odrasle ćerke i petoro unučića), dostupno na <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7491782.stm>

1.1. Ideologija materinstva

Prema Van Dajku, ideologija je deo društvenog znanja koji proizilazi iz vrednosti (Van Dajk 2000). Ona utiče na grupne stavove i sociokulturno znanje i predstavlja osnovu društvenih predstava članova jedne grupe. Ideologija je svojstvena društvenim grupama, dok „zajedničko znanje“ čini deo kulturnih kompetencija celog društva: „Čim društvena uverenja postanu deo opštih kulturnih uverenja, ona po definiciji prestaju da budu ideološka za tu kulturu, već su jednostavno osnovno znanje, poznato svima, uzeto zdravo za gotovo i neosporavano“ (Van Dajk 2000: 80). Ideologije funkcionišu kao osnova društvenog identiteta (ko smo, šta radimo, koja nam je društvena pozicija): „pošto... upravljaju načinom na koji ljudi kao članovi grupe tumače društveni svet i u njemu deluju“ (Van Dajk 2000: 71).

U kritičkoj analizi diskursa ideologije se često određuju kao „Predstave nekih aspekata sveta koje doprinose uspostavljanju i održavanju odnosa moći, dominacije i eksploatacije“ (Ferklo 2003: 218).

Ideologija materinstva vekovima se konstituiše uz pomoć sistema patrijarhalne kulture, religije i dominantnih sistemima vrednosti, morala i normi, koji na taj način stvaraju i održavaju poželjni kulturni obrazac, koji ženama ne daje mogućnost slobodnog izbora o (ne)rađanju.

Istoriografski podaci i etnoantropološka istraživanja s početka XX veka (Benedikt 1976; Mid 1978) pokazala su da ljubav i briga o deci nisu univerzalni modeli ponašanja, te da u različitim društvima postoje i veoma raznovrsni obrasci ponašanja prema deci koji se kreću od veoma brižnog i požrtvovnog, do krajnje zanemarivačko-zlostavljачkog modela. No i pored brojnih razlika, rađanje i briga o potomstvu opšta su činjenica jer sve zajednice na planeti imaju sisteme kojima normiraju sve reproduktivne faze.

Devojčice od najranijeg uzrasta, u procesu socijalizacije usvajaju ideologiju i praksu materinstva i motivaciju za ispunjenjem idealne materinske uloge koja je obavezujuća za patrijarhalno društvo. Biti majka smatra se društvenom obavezom. Postoje samo diskursi o dobroj (kult materinstva) i lošoj majci, kao i o nerotkinji. Dobru majku društvo nagrađuje – lošu sankcioniše i postavlja na dno hijerarhije majčinstva (majka tinejdžerka, majka starija žena, samohrana majka, majka lezbejka, maćeha) (Jonston, Svanson 2003: 22).

I u savremenom društvu materinstvo se smatra jednom od najvećih društvenih vrednosti. S druge strane, od žene se očekuje da uspešno ispuni i niz drugih društvenih uloga, bračnih i profesionalnih. Kroz pomirenje različitih zahteva kojim se društvo obraća ženi: budi dobra majka, budi dobar radnik, budi poželjan seksualni objekt, budi uvek mlada itd. i pojam materinstva, mada uvek patrijarhalno glorifikovan, doživljava nove preformulacije. Modeli materinstva proizvode se aktuelnim državnim, ekonomskim, socijalnim, tehnološkim te kulturnim, socijalnim i medicinskim režimima (Vilenica 2013: 11).

1.2. O rađanju i (ne)plodnosti u religijskom diskursu

Patrijarhalno razumevanje pojma materniteta generisao je i legitimisao i religijski diskurs poistovećujući ženu sa ulogom majke. Razvijen je čitav sistem tabua kojima se disciplinuje ponašanje žene počev od svadbenog rituala, preko začeća, trajanja trudnoće, porođaja i post porođajnog perioda (babinja). U takvom sistemu uvode se magijske radnje kojima se obezbeđuje ispunjenje zadate uloge, ali se i kontroliše njeno ispunjenje.

Religijski diskurs i mnoštvo zadržanih paganskih rituala su u mnogome doprineli da se kroz određene religijske predstave formira simbolički i vrednosni sistem materinstva kao idealni model majke u tradicionalnoj kulturi koji ima vaspitnu ulogu koja odgovara njenoj ženskoj prirodi. U njemu je žena reprezentovana kao majka ili žena koja želi da postane majka.

U judeohrišćanskoj tradiciji žena je predstavljena kao grešnica koja je kažnjena rađanjem. Jahve je rekao Evi: „Tebi ću mnoge muke dati kad zatrudniš, s mukama ćeš decu rađati, i volja će tvoja stajati pod vlašću muža tvojega, i on će ti biti gospodar“ (Knjiga Postanka 3: 16).

U Bibliji ima sedam nerotkinje kojima je Bog pomogao da rode². Biblijske žene koje su imale problem s neplodnošću predstavila sam u sledećoj tabeli.

.....
2 Nerotkinje u Bibliji sam pronašla uz pomoć „Velike biblijske konkordancije“, Tadeja Vojnovića.

Tabela 1. Nerotkinje iz Biblije³

IME	PROBLEM	REŠENJE	REZULTAT	BIBLIJSKA REFERENCA
Saraja (Sara)	Sara, veoma stara i neplodna	Jahve obećao sina	sin Izak	Knjiga Postanka (17:16)
Rebeka (Rebeka)	Rebeka, neplodna	Izak se obratio Jahvi	sinovi blizanci Ezav i Jakov	Knjiga Postanka (25:21)
Rahela (Rahilja)	Rahela, neplodna	Jahve je uslišio njene molitve	sinovi Jozef i Benjamin	Knjiga Postanka (29-30)
Manoahova žena	Žena, neplodna	Ukazao joj se Anđeo Jahvin	sin Samson	Knjiga o Sucima (Suci 13:3-5)
Ana (Ana)	Ana, neplodna	Ana ga je izmolila	sin Samuel, još 5 dece	Prva knjiga o Samuelu (1:19-20)
Mikala (Mihala)	Mikala, neplodna		Bez poroda	Druga knjiga o Samuelu (Sam 6:23)
Žena iz Šunamita	Žena, neplodna	Prorok Elizej joj obećao sina	Sin	Druga knjiga o kraljevima (4:8-17)
Elizabeta (Jelisaveta)	Elizabeta, veoma stara i neplodna	Gabrijel uslišava Zaharijeve molitve	sin Ivan	Jevanđelje po Luki (25)

U Starom zavetu neplodnost je predstavljena kao povod da se božja volja demonstrira, a plodnost kao božji dar ženama. U biblijskom tekstu nema podataka da neplodni muškarac moli Boga da mu podari potomstvo. Muškarci, i kada se mole za potomstvo, mole zato što njihove žene ne mogu da rode a ne zato što oni imaju problem - neplodnost se *a priori* pripisivala ženama⁴.

.....

³ U radu dosledno koristim lična imena iz Jeruzalemske biblije prema katoličkoj tradiciji, a u zagradi navodim imena u pravoslavnoj tradiciji.

⁴ Religijski ili mitološki određen kult plodnosti daje nam „majku prirodu“, „majčicu zemlju“ i sl. Sa druge strane, po muškoj rodnoj liniji, imamo: „oca nacije“, „glavu porodice“, dok u pitanjima porodičnog materijalnog nasleđstva govorimo o „očevini“ ili „dedovini“, nikada o „majčevini“ i „babovini“ (koje srpski jezik ne poznaje kao pojmove).

Sve biblijske nerotkinje opisane su kao veoma nesrećne žene upravo zato što nemaju potomstvo. U pričama o neplodnim ženama uočila sam jedinstveni obrazac: nema poroda u braku, problem je u ženi, javlja se Jahve, interveniše svojim božanskim silama, one rađaju sinove koji postaju značajne ličnosti u istoriji judaizma. Majčinstvo je prema tome božji dar.

U analiziranim biblijskim pričama o nerotkinjama postoje dva načina sticanja potomstva. Jedan je privođenje mužu svoje robinje, koja će mu roditi jednog ili više sinova (što je bilo legitimno po mesopotamskim zakonima), kao što je slučaj sa Sarom, ženom Abrahama (Avrama), ocem svih naroda, a s nadom da će se kasnije, uglavnom posle mnogo godina, Jahve setiti i njih samih, "otvoriti im utrobu" da bi mu rodila sina.

Drugi način dobijanja potomstva je svakodnevna molitva Bogu, konstantno naglašavanje stanja nesreće, i strpljivo čekanje na Božji pogled. Svaka sumnja mora biti isključena. Posle nekoliko godina iskušenja Bog može (ali i ne mora) da nagradi ovu postojanost u veri darivanjem sina.

Položaj žene nerotkinje u Bibliji je u rangu siromašnih, nemoćnih, udovica i ubogih, za razliku od položaja žene majke koja je blagoslovena i čiji je spas njen porod. Neplodnost je smatrana sramotom i kletvom. Bog lično je zadužen za "zatvaranje i otvaranje" ženske utrobe, a kada bi konačno objavio da će žena ostati u blagoslovenom stanju, to je značilo da je žena nagrađena za smernost. Dokazom da može da ima poroda ona otklanja svoju sramotu i sramotu koju indirektno nanosi mužu.

Ovako formulisan vrednosni sistem tumači svet, formira poglede na svet vernika i vernica i oblikuje žensko-muške odnose. Tako je biblijski tekst prešao u religijsku praksu hrišćanskih konfesija u kojima se nemanje poroda negativno procenjuje. U propovedima, poslanicama (Pralica 2002) i u drugim prigodnim prilikama crkveni velikodostojnici, pre svega oni na najvišoj poziciji, patrijarh i papa, ženi postavljaju zahtev da rađa "kako bi sačuvala naciju time što je odgovorna za reprodukciju." (Radulović 2010: 46).

Jednom rečju, hrišćanstvo postmatra materinstvo kao dar božiji, kao prirodnu ulogu žene i kao njen nagon.

1.3. Izvori o neplodnosti iz etnoantropološke građe

Predstava o ženi u ideologiji patrijarhalne kulture najjasnije se vidi u podeli na javnu i privatnu sferu života. Položaj žene je promenljiv shodno ženinim biološkim i socijalnim funkcijama. Njen najpovoljniji položaj je u ulozi majke ("U krilima zdravih matera, snaga je jednog naroda"), zatim domaćice, sestre, a najnepovoljniji je položaj nerotkinje, neveste i supruge.

Inferiorni društveni položaj žena vidljiv je u svakodnevnom životu. Prema Radulović (Radulović 2009: 115): „Narodna religija Srba, pod kojom se podrazumeva religija agrarnog društva, formirana je na balkanskim prostorima međusobnim uticajem nehrišćanske i hrišćanske tradicije, koja je istorijski, društveno i kulturno promenjiva kategorija”.

Etnološka i antropološka građa o narodnom životu u XIX i XX veku u Srbiji (Karadžić 1987, Cvijić 1931; Čajkanović 1973; Milićević 1984; Bogišić 1867; Đorđević 1930, 1990, i drugi) decenijama je važila kao nepobitno istinita deskripcija narodnog života sa ovih prostora. Glavna preokupacija ovih istraživača bila je dokazivanje široke rasprostranjenosti sujeverja, paganstva, narodnog verovanja, tj. opisivanje svakodnevnog života čoveka, seljaka koji se boji za letinu i potčinjene žene, čuvarke vere i običaja.

U srpskoj porodici nerotkinju gledaju sa osudom, jer nije ispunila očekivanja te se „zbog nje gasi krsna sveća, a ona je i čest izvor sukoba i svađa“ (Trebješanin 2000: 43). Nerotkinja tako „navlači na sebe odijum socijalne okoline“ (Tripković 1997: 128), a položaj joj još više otežava uverenje da je za svoju neplodnost sama kriva, odnosno da nije bila „poštena“ dok je bila devojka pa ju je zbog toga „sudbina zavila u crno“. Zbog stava šire društvene zajednice i teškog položaja u vlastitoj porodici, nerotkinja je bila spremna da žrtvuje sve samo da bi zatrudnela. Praktično nije postojala stvar koju ona ne bi učinila samo da uspe da rodi. Želja žene da ostvari svoju materinsku ulogu, koja je uz to, kako navodi Trebješanin, pojačana i društvenim pritiskom, predstavljala je motiv koji je pokretao veru u efikasnost određenih magijskih postupaka za koje se smatralo da će joj omogućiti plodnost (Trebješanin 2000: 44). Stoga „žene koje nemaju dece posećuju manastire, crkve, tekije i druga sveta mesta; tamo im se čitaju molitve, mole se Bogu i zavetuju se da bi počele rađati“ (Đorđević 1990: 45). U nekim krajevima

smatralo se da nerotkinja „Treba svoju košulju da obesi naopako o neko rodno drvo i da je tako ostavi da prenoći, pa ono što sutradan pronađe živo u toj košulji, bubicu, mrava, ili nešto drugo, da to pojede kako bi rodila.“ (Milićević 1984: 190).

Nemati dece značilo je da će se ugasiti loza porodice, krsna slava i domaće ognjište, da neće biti nikoga ko će sačuvati tradiciju kuće i porodice. Otuda u narodu i široko rasprostranjene kletve, koje se i danas mogu čuti (Seme mu se zatrlo; Slavska sveća ti se ugasila; Sve ti pusto ostalo; Nemaod srca poroda; Ognjište ti pusto ostalo; Ne imao roda ni poroda; Kuća ti pusta ostala; Dabogda svoje dete ne video) i poslovice (Žena nije žena dok ne rodi; Ženidba bez poroda – drvo bez roda; Kad nema dece nema ni sreće), (Đorđević 1990: 31).

Autoritet muža nad ženom bio je veoma snažan i uticajan. Zbog toga se u narodu često čulo: „Čovek je gospodar, žena je sluga - čovek naređuje, žena sluša“. Ženin najsvetiji i najuzvišeniji zadatak bio je da izrodi zdrav i snažan porod. Žena je bila svesna da će od njenog poroda zavisiti i njen opstanak u porodici, jer ukoliko ga nema, dolazi do razvoda braka ili se dešavalo da se pored nje dovede druga žena u kuću, a ona ostaje ponižena i maltretirana.

Đorđević navodi da ljubav prema deci, pored urođenog, potiče i iz dva druga razloga, religioznog i ekonomskog i zato su u sredinama „niže ljudske kulture“ deca glavni uzrok braka (Đorđević 1990: 30). Religiozni razlog potiče iz bramanskih verovanja da je svaki čovek dužan da se postara da ostavi potomstvo, naročito muško, koje će nastaviti njegov domaći kult i pobrinuti se za njegovu dušu. Pošto „otidne sa ovoga sveta“ – samo pomoću sina, čovek dobija besmrtnost. Što znači da su žena i rađanje dece samo sredstvo koje će muškarac iskoristiti da bi ostvario svoj cilj – večni život.

U umetničkoj (autorskoj) književnosti ponavlja se isti način razmišljanja. U pripovesti Vuka Vrčevića, Mićun se obraća svojoj ženi: „Zar ti još ne znaš da žene nisu spram muževa drugo do prave robinje i da se ljudi ne žene ni za šta drugo no da imaju poroda, isto kao da kupe jednu njivu da im rodi kruha, bez koje bi čovjek umro kao suvi panj u gori, te ne bi video od svoj srca poroda i tako bi mu se ugasila smrtna svijeća“ (Đorđević 1990: 32). Đorđević nadalje navodi Milićevića koji piše kako se „naš čovek strašno plaši da mu žena ne bude nerotkinja“ (Đorđević 1990: 31), i nastavlja autor:

„Nerotkinja se smatra za vrlo nesrećnu i živi u tom ubedenju da je žrtva dušmanskih čini“...“čovjek i žena bez dece nisu nikad veseli i nasmejani, pa još ako su dobroga stanja, onda je njihova tuga još veća; njih mrzi, i kao da ih je sramota, da izađu među ljude“ (Đorđević 1990: 32).

U društvu u kome je primarni cilj braka bilo rađanje potomstva, a osnovna uloga žene da bude majka, biti neplodna predstavljalo je veliku nesreću, pa je sposobnost rađanja bila gotovo presudna za položaj žene i u porodici i u široj društvenoj zajednici: „Dok prema majci postoji gotovo sveto divljenje i poštovanje, prema nerotkinji se ispoljavaju prezir, mržnja ili, u najboljem slučaju, sažaljenje. Ako žena materinstvom nije sebi obezbedila povoljan društveni status, ona je kao nerotkinja odbačena, žigosana i obezvredjena jer nije ostvarila krvnu vezu sa muževljevom porodicom.“ (Trebješanin 2000: 43).

Narodna verovanja i običaji o rađanju i neplodnosti predstavljaju spoj magijsko-religioznih shvatanja i empirijskog iskustva u okviru kojih se neplodnost žena smatrala izazvanom različitim postupcima imitativne magije. Narodno lečenje neplodnosti može se podeliti na dva segmenta – preventivni i kurativni, pri čemu se prvi segment odnosi na verovanja vezana za zaštitu mladenaca, koja su uglavnom magijskog karaktera, a drugi segment se odnosi na lečenje već postojećeg problema, i to različitim metodama tradicionalne medicine i magije.

Postoji veliki broj verovanja koja govore o tome zbog čega se ostaje bez dece, ko to čini i kako se zaštititi. Jedan od osnovnih preduslova srećnog braka bio je dobijanje dece, te su mnogi svadbene rituali bili inspirisani tim motivom. Mladence su dovodili u vezu sa stvarima koje asociraju na plodnost u želji da ta plodnost pređe i na njih a svadba je, kao i ostali prelomni događaji u životu, predstavljala “trenutak opasnosti”. Verovalo se da tada zle sile vrebaju mladence kako bi im brak učinile neplodnim.

Međutim, pored svih ritualnih, magijskih radnji u segmentu preventive, neplodnosti je ipak bilo. Tako se, nažalost, vrednost žene određivala njenom sposobnošću da ima poroda i to ne bilo koji - nego da rodi sina naslednika. Takođe epsko-herojska tradicija podređivala je individualnost i privatnost kolektivnom i javnom, gde se materinstvo shvata kao prinošenje žrtve zajednici i poručuje „Hrani sina pa šalji u vojsku“ (Tripković 1997: 186).

Diskurs o neplodnoj ženi kao isključivom krivcu za neplodan brak ugrožava i ekonomske i društvene interese žene, ali u značajnoj meri narušava i ugled muževljeve porodice. Navedene magijske radnje su sredstvo kojim su neplodne žene nastojale da odgovore na zahtev ili konstrukciju “normalne žene” koje su porodica i društvo pred njih postavili.

Istraživanja neplodnosti u domaćoj i stranoj literaturi su brojna. Jedno nedavno sprovedeno u Vojvodini (Novakov 2007) pokazuje da su deca i dalje smisao braka i života. „Budući da se 84,7% žena potpuno ili delimično složilo sa tvrdnjom da su deca smisao braka, proizilazi da na nivou ispitane populacije, deca i danas, kao i u prošlosti, daju svrhu i smisao braku. Međutim, iako većina ispitanica decu smatra smislom braka, isto tako većina (u gotovo u identičnom procentu - 64,7%) neplodnost ne smatra dovoljnim razlogom za razvod. Sa stavom da je ‘neplodnost jednog od supružnika dovoljan razlog za razvod braka’, tek 8,7% ispitanica je izrazilo potpuno slaganje”⁵. (Novakov 2010: 341).

1.4. Feministička dekonstrukcija materinstva

Feministički diskursi koji se bave analizom, vrednovanjem i kritikom shvaćanja materinstva presecaju polja različitih humanističkih disciplina: antropologije, psihologije, sociologije, ekonomije i drugih.

Osnovni postulat feminizma je da su majčinski instinkt i želja za majčinstvom svojevrsni mitovi i produkti vekovne potlačenosti žena u društvu, te dominantnih obrazaca kulture i religije koje su stvarani u partijarhatu. Ideologija materinstva konstituiše se uz pomoć sistema patrijarhalne kulture, religije i dominantnih sistemima vrednosti, koje na taj način stvaraju i održavaju poželjni kulturni obrazac koji ženama ne daje mogućnost izbora. Patrijarhat proklamuje prokreaciju, a alternative, kao što su neplodnost ili

.....

5 Neplodnost je u razmišljanju intervjuisanih žena izgubila nekadašnji značaj dovoljnog razloga za razvod, što znači da osim dece od braka postoje ipak i druga očekivanja koja su vezana za partnerski odnos. Međutim, treba imati u vidu i činjenicu da su 300 žena odgovarale na pozicije već ostvarenog materinstva.

nerađanje kao lični izbor, u ovakvom vrednosnom sistemu tradicionalne strukture mišljenja izazivaju sažaljenje i/ili osudu okoline.

U industrijalizovanom delu sveta, tokom šezdesetih godina XX veka, u uslovima socio-ekonomskog rasta i širenja države blagostanja, završava se period visokih stopa rađanja. Istovremeno, feministički pokreti postaju brojniji i glasniji u iniciraju promene zakona o braku, zakona o prekidu trudnoće, zakona o radu: „Bore se za autonomiju žena, koja podrazumeva ne samo ekonomsku samostalnost, tj. kontrolu nad vlastitom biografijom, nezavisno od muža, oca, tj. porodice i domaćinstva, već i biološku emancipaciju, slobodno raspolaganje sopstvenim telom i pravo na slobodno odlučivanje o reprodukciji.“ (Bobić, Vukelić 2011: 154).

Istraživačice Nejer i Bernardi u svom radu iz 2011. godine dale su pregled feminističkih stanovišta o materinstvu koje ću predstaviti u daljem tekstu. One ukazuju na važnost radova autorki kao što su Bok, Badinter i Buden (Nejer, Bernardi 2011) koje smatraju da je veza između prirode i materinstva društveno, istorijski i politički konstruisana. Svojim bogatim istraživačkim opusom opovrgle su uvreženu pretpostavku da je materinstvo *urođena* osobina žena. Pokazale su da tradicionalno povezivanje materinstva i ženske prirode, poistovećujući biološko i sociološko shvatanje materinstva ustvari negira da je materinstvo rad i obaveza. Navode da otkad je materinstvu dodat epitet „prirodno“, sav rad u vezi sa decom smatra se ženskom „prirodnom“ odgovornošću koje žene obavljaju iz ljubavi koja je isto tako sasvim prirodna. U savremenim društvima zvanične politike su majčinski rad definisale kao „posao iz ljubavi, ljubav kao posao“. One su smatrale da izjednačavanje biološkog i sociološkog shvatanja majčinstva ima za cilj stvaranje i očuvanje potlačenosti žena i instistirale su na odvajanju ova dva pojma i time su stvorile prostor za istraživanje eksploatacije žena kao isključivo odgovornih za odgoj dece i domaćinstvo.

Nejer i Bernardi dalje pišu da su feministkinje radikalne i markističke orijentacije povezale materinstvo sa sistemima produkcije, podele rada i uspostavljanjem odnosa moći. Pozicioniranjem kućnih poslova i materinstva u sferu koja nije ekonomski produktivna, muškarcima je data moć da eksploatišu žene u ekonomske, demografske i nacionalističke svrhe (Donhin 1986; 1996, Deni 1996; Dickinson 2009). Kapital i moć, koji su koncentrisani

u rukama muškaraca, ženama ne ostavljaju mogućnost da slobodno i svojom voljom odlučuju o reprodukciji te njihovu društvenu ulogu degradiraju na puko rađanje potomstva i produkciju nove radne snage (Nejer, Bernardi 2011: 7). Shodno tom stanovištu autorka Nira Jival Dejvis ukazuje na značaj biološke reprodukcije u nacionalnim projektima koji naciju shvataju kao prirodno proširenje porodice i srodničkih odnosa. Tada žena predstavlja važan element koji kulturno i simbolički reprodukuje naciju i postaje nosilac kolektiva i kolektivnog identiteta (Višić 2013: 101).

S druge strane liberalne feministikinje (Frenklin 1995; van Balen, Inhorn 2002) smatraju da je dobra stvar želeći i imati decu, ali pod uslovom da je to lična, autentična želja žene, a ne rezultat pritiska socio-kulturnih obrazaca društva. One se istovremeno zalažu za destigmatizaciju žena koje nemaju, ili ne žele da imaju decu, kao i za druge načine ostvarivanja roditeljstva, kao što su usvajanje ili rad sa decom. Smatraju da žene, kada postanu majke ipak uzimaju malo moći i za sebe, a istovremeno mogu da izbegnu mušku dominaciju nad njihovim telima i životima.

U knjizi *Psihologija roditeljstva* Kapor Stanulović (1985) bavi se teorijama roditeljstva i navodi da je Elizabet Bedenter analizirala ženski doživljaj majčinstva te zaključila da je ono uslovljeno spoljašnjim okolnostima i da je stoga to iskustvo istorijski promenljiva kategorija – „materinski instinkt je nešto što društvo podstiče, a majčinska ljubav može, ali i ne mora da postoji, može nastati ili nestati, biti slaba ili snažna“ (Kapor Stanulović 1985: 29).

Nasuprot teoriji o socijalnom učenju Bedenter i stavu da su porodične uloge determinisane potrebama i vrednostima društva u datom istorijskom trenutku, strukturalno-funkcionalističke teorije govore o nekim univerzalnim položajima i ulogama majke u sistemu srodstva, te o njenom značaju kao primarnom roditelju. Ove teorije govore da je vaspitanje ženske dece koje afirmiše želju za majčinstvom strogo regulisano pravilima i normama još od najranijeg detinjstva: „Ostvarenje te želje ispunjava ženu na ličnom planu, daje joj osećaj sreće, ljubavi i zadovoljstva, ali istovremeno ‘biti mama’ je najveći izvor ženskog straha, teskobe i depresije. Majčinstvo kao subjektivan osećaj za žene često je najvažniji izvor njenog ličnog identiteta.“ (Kapor Stanulović 1985: 121).

U savremenoj kulturi, sa stanovišta socijalnog konstruktivizma, Ber mate-

rinstvo vidi kao diskurs u okviru kojeg je majka predstavljena kao neko ko žrtvuje svoje želje i podređuje se podizanju dece, a ne poslu i karijeri: „Žena može da, u kulturi u kojoj postoje alternativni, konkurentski diskursi pro-nađe svoje mesto tako što će izabrati diskurs koji suštinu materinstva vidi u odgajanju dece da postanu samostalna, da se bolje socijalizuju odlaskom u vrtić, što joj ostavlja mogućnost da bude zaposlena a pritom i dobra majka.“ (Ber, 2000:197).

Kada pišu o materinstvu u Srbiji, savremene feministkinje naglašavaju da su generacije žena sazrevale sa idejom da poseduju urođeni materinski instinkt: tokom detinjstva on se podražava igrom, imitacijom, tekstovima u knjigama namenjenim deci, u mladosti sredstvima masovne komunikacije, pre svega filmom i televizijom. Kontrola nad ženskim telom i seksualnošću jedna je od najsnažnijih poluga partijarhata i jedno od najmoćnijih sredstava njegovog održavanja (Zaharijević 2008: 116).

Uzimajući u obzir dominantne političke diskurse materinstva vidimo da su skoro sva savremena društva pronatalistička, podržana institucijama države.

1.5. Definicije neplodnosti: biomedicinski diskurs

U biomedicinskom diskursu sterilitet se definiše kao biološka nemogućnost začeća i rađanja deteta nakon redovnih održavanja polnih odnosa, bez primene kontraceptivnih sredstava u toku jedne godine (Kopitović i sar. 2011). Svetska zdravstvena organizacija sterilitet definiše kao bolest a podaci govore da 9% žena u reproduktivnom periodu (20-44 godina) ima problema da ostane u drugom stanju, održi trudnoću i rodi zdravo dete. Procenjuje se da oko 15% svetske ženske populacije u određenom reproduktivnom periodu ima problema sa začećem (Svetska zdravstvena organizacija 2002⁶)

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije u većini zemalja broj parova koji se suočava sa problemom reprodukcije u blagom je porastu⁷. Evrop-

6 <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf>

7 Ova istraživačka studija iz 2010. godine imala je za cilj analizu 277 nacionalnih izveštaja o reproduktivnom zdravlju i demografskoj vitalnoj statistici. Podaci ukazuju da 2010. godine oko 48.5 miliona ljudi širom sveta nije uspeo da dobije zdravo dete nakon pet godina

sko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) u “Svetskom izveštaju o asistiranoj ljudskoj reprodukciji”, prezentovanom 2012. godine, navodi da svaki šesti par u svetu nailazi na poteškoće pri začeću. Prema ovom izveštaju sterilitet se sve više dovodi u vezu sa savremenim načinom života, stresom, gojaznošću i godinama starosti, tj. trendom pomeranja starosne granice stupanja u brak i ostvarivanja ekonomske nezavisnosti.

Vekovna, duboko ukorenjena tradicionalistička i religijska verovanja o ženi grešnici, nerotkinji, važila su i u naučnim, medicinskim, krugovima sve do 30-ih godina prošlog veka kada je naučno dokazano da muškarac podjednako snosi odgovornost ili „krivicu“ za neplodnost. Stoga je danas u medicini jedna od osnovnih podela steriliteta na muški i ženski sterilitet.

Uzrok neplodnosti može biti kod muškarca (20–30%), žene (20–35%), istovremeno i kod muškarca i kod žene (20–40%); određen procenat (10–20%) neplodnosti para je nepoznatog uzroka, partneri su zdravi, nema medicinske dijagnoze, ali ne dolazi do trudnoće (Milačić 2006: 85).

Neplodnost žena može se podeliti na *primarni sterilitet* - sterilitet žene koja nikada nije ostala u drugom stanju uprkos redovnim polnim odnosima, i *sekundarni sterilitet* – sterilitet žene koja je ostala u drugom stanju bar jednom, bez obzira na to da li je trudnoća prekinuta (namerno ili spontano) ili je rezultirala rođenjem deteta, a od tada je prošlo najmanje godinu dana uz održavanje redovnih seksualnih odnosa.

1.6. Asistirane reproduktivne tehnologije – pravljenje beba u 21. veku

Asistirane reproduktivne tehnologije (u daljem tekstu ART) podrazumevaju grupu terapijskih postupaka za lečenje neplodnih parova koji nisu izlečeni jednostavnijim postupcima. ART su postupci lečenja koji podrazumevaju uzimanje jajne ćelije iz tela žene, njenu oplodnju u laboratorijskim

.....
pokušavanja. Podaci takođe ukazuju da se prevalenca steriliteta nije znatno promenila u periodu od 1990. do 2010. godine. Usled različitosti u metodološkim pristupima kod izveštaja, uzet je petogodišnji period, te istraživači napominju da smanjivnjem perioda nemogućnosti začeća i rođenja deteta, prevalenca steriliteta raste. Primetan je porast sekundarnog steriliteta pogotovo u zemljama subsaharske Afrike, jugoistočne Azije i Latinske Amerike, kao posledica loše zdravstvene zaštite žena u postporodajnom periodu.

uslovima (*in vitro*) i vraćanje oplodene jajne ćelije (ili embriona) u matericu žene nekoliko dana nakon oplodnje. Najčešće korišćene metode su klasična vantelesna oplodnja (IVF/ET) i ICSI metoda (kod subfertilnosti muškarca). Veoma je popularna i veoma kontroverzna metoda surogat materinstva (Milačić 2006).

Procedura podrazumeva tretman korak po korak i sastoji se iz:

- pripremne faze (uvid u opšte zdravstveno stanje para, medicinska dokumentacija o ranijim pregledima, ultrazvučni pregledi, laboratorijski nalazi, brisevi, raniji zahvati i sl.);
- faze veštačkog menstrualnog ciklusa (uzimanje kontraceptivnih pilula radi regulacije menstrualnog ciklusa); faze stimulacije ovulacije (svakodnevno primanje injekcija);
- faze aspiracije jajnih ćelija (uz kontrolu ultrazvučnog aparata, pod opštom anestezijom);
- faze laboratorijske obrade dobijenih jajnih ćelija i kultivacije embriona (u laboratoriji);
- faze embriotransfera u matericu (ubacivanje embriona u matericu žene).

Analizirajući prikazanu proceduru, Frenklin (Frenklin 1997: 105) je primetila da je vantelesna oplodnja nazvana po jedinoj fazi postupka koja se obavlja *van ženskog tela*.

Nakon svih ovih faza i prenosa embriona u matericu žene, prati se njegov razvoj – čeka se rezultat vantelesne oplodnje. Ukoliko dođe do trudnoće, ona se razvija kao i svaka druga „prirodna trudnoća“.

S godinama starosti žene, uspeh vantelesne oplodnje značajno opada, a mogućnost pobačaja i drugih komplikacija značajno raste.

Brojna ekonomska, farmaceutska i medicinska istraživanja o mogućnostima, upotrebi, svrsi i zaradi na reproduktivnim tehnologijama datiraju još od polovine prošlog veka (Koh, Morgan 1987: 195) a prema podacima Evropskog udruženja za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) do kraja

2012. godine u svetu je rođeno oko 5 miliona IVF beba⁸. Prema izveštajima ESHRE, svake godine u svetu se izvede oko 1.500.000 vantelesnih oplodnji i rodi oko 350.000 beba (ESHRE, 2012). Sa učešćem od 1-4% u ukupnom broju rođenja, time se u nekim zemljama značajno utiče na demografski potencijal. U evropskim zemljama izvede se 71% od ukupno iniciranih ciklusa u svetu a u 2009. godini izvedeno je 537.287 ciklusa u 33 evropske zemlje (uz napomenu da nisu sve zemlje, niti sve klinike, poslale podatke).

1.7. Feministička kritika novih reproduktivnih tehnologija-feministička bioetika

Feministička kritika novih reproduktivnih tehnologija najčešće je usmerena na neodgovarajuću zdravstvenu zaštitu žena, tj. sve veću medikalizaciju ženskog reproduktivnog života: menstruacije, steriliteta, trudnoće, porođaja i menopauze.

Feministička bioetika doprinosi razumevanju genetike i novih reproduktivnih tehnologija (NRT) na nekoliko načina. Feministički pristup se bavi načinima na koji NRT stvaraju prividan izbor ženama po pitanju reprodukcije i kritički pristupa analizi političkih, ideoloških i medicinskih odluka o reproduktivnom zdravlju i komercijalizaciji novih reproduktivnih tehnologija stavljajući ženu u centar analize (Dickinson 2001). Istovremeno, "feministička bioetika dekonstruiše centralne kategorije bioetike: *opštost, autonomiju i poverenje*" (Drezgić 2012: 31). U okviru feminizma proučavaju se bioetika, reproduktivne tehnologije i reprogenetika, da bi se utvrdilo da li i u kojoj meri podupiru, ili pak ograničavaju, rodnu ravnopravnost i opštu pravdu u društvu.

Centralna tema bioetike je konflikt između državne kontrole nad rađanjem i ženinog prava da kontroliše svoje telo.

Izazovi koji su donele ART na individualnom i društvenom nivou, otvorili su nove kontroverze vezane za majčinstvo, materinstvo, podizanje dece u vezi sa rodnim ulogama i stereotipima na privatnom, društvenom i globalnom nivou.

.....
8 <http://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases/Press-releases-ESHRE-2012/5-million-babies.aspx>

1.7.1. *Feminizam i humana reprodukcija*

Kroz istoriju ženskih pokreta, tokom šezdesetih i sedamdesetih godina XX veka, primećuje se jedinstven stav u pogledu ženskog reproduktivnog zdravlja u vezi s pitanjima kao što su: sloboda odlučivanja o (ne)rađanju, upotreba kontraceptivnih pilula i legalizacija abortusa (Peri 1995: 197). Međutim, nešto kasnije, prema pisanju Nejer i Bernardi, osamdesetih i devedesetih godina XX veka radikalne feministkinje snažno kritikuju upotrebu novih reproduktivnih tehnologija, ističući da one oduzimaju ženama kontrolu nad njihovim reproduktivnim mogućnostima, budući da je sada moć odlučivanja predata u ruke medicini kojom u tom domenu zdravstvene zaštite dominiraju muškarci lekari. Liberalne feministkinje veruju da žene imaju prava i slobodu izbora u pogledu reprodukcije i mogućnost da svojim aktivizmom utiču na liberalnije zakonske regulative i smanjivanje represije nad ženama koje žele da budu majke. One se zalažu za pravo slobodnog izbora žena i pomoć ženama koje žele da iskoriste benefite novih tehnologija, stvaranjem udruženja, grupa podrške i slično. Međutim, i jedna i druga struja su zabrinute za subordiniran položaj žene u društvu.

Borba za seksualna i reproduktivna prava i slobode stvorila je razlike unutar ženskih pokreta i feminističkih diskursa. Pravo na slobodno odlučivanje o rađanju, broju dece, siguran abortus bez uplitanja drugih lica, predstavljaju srž feminističkih reproduktivnih politika, a nove reproduktivne tehnologije su uvele novu dimenziju u ovu borbu. Fajerston je 70-ih godina prošlog veka (Nejer, Bernardi 2011: 11) pozdravila nove tehnologije kao sredstvo koje će osloboditi žene i čovečanstvo biološke tiranije pod sloganom „Materica je moja“ i pomoći da se stvori alternativa koja će žene osloboditi represije zbog biološke nemogućnosti rađanja. Vivijen Ber je konstruisala koncept materinstva, odnosno diskurs o dobroj majci i emancipovanoj ženi kojoj je napretkom tehnologije omogućeno da se ostvari u društveno visoko vrednovanoj ulozi, ulozi majke.

Zar želeći dete sa 35 godina nije isto kao i ne želeći ga sa 18 i koristiti kontracepciju? Zar nije u redu imati abortus sa dvadeset godina i koristiti usluge medicine – prvo da bi izbegle dete, a kasnije da bi ga dobile?

S druge strane, jedan od najglasnijih radikalnih feminističkih pokreta je FINRRAGE (*Feminist International Network of Resistance to Reproductive*

and Genetic Engineering) – internacionalna mreža feministkinja koje kritikuju razvoj reproduktivnih tehnologija i njihov poguban uticaj na žensko telo. One smatraju da ove savremene tehnologije uključuju brojne oblike reproduktivnih kontrola nad ženama na dva osnovna načina: profertilni i antifertilni. Ženama širom sveta savetuje se da koriste (štetna) kontraceptivna sredstva; žene su subjekti eksperimentalnih metoda kao što su vantelesna oplodnja, štetni lekovi i invazivne hirurške metode, a sve u cilju kontrole rađanja. Radikalne feministkinje oštro su kritikovale i rad liberalnih feministkinja po pitanju reproduktivnih i seksualnih prava i sloboda, otpužujući ih za elitni ili “white” feminizam: zanemarivanje prava siromašnih žena, Afroamerikanki, imigrantkinja, žena sa motornim i psiho-socijalnim invaliditetom.

„...they weren’t willing to give up on the small privileges they gained through loyalty to white men and to whiteness in order to work for the liberation of all women” (Adrienne Rich, [1978] 1979)

Radikalni feminizam u osnovi posmatra NRT kao savremeno tehnološko sredstvo za kontrolu nad ženskim telom pod okriljem pronatalitetnog patrijarhalnog koncepta. Tehnike NRT-a su u stvari “tehnička popravka društvenog stanja neplodnosti više nego biološkog stanja infertiliteta” (Krou 1990: 38).

Radikalna feministička kritika vantelesne oplodnje koja govori o beloj, obrazovanoj 35-godišnjoj ženi, pripadnici srednje klase koja želi da zadrži muža uz pomoć deteta, uglavnom je demantovana masovnom upotrebom ove metode, koja više nije ograničena na klasu, rasu i rod, i sve više je finansirana iz državnih sredstava zdravstvenog osiguranja i dostupna širem krugu korisnika.

Međutim, “zahvaljujući” ART-u, majke su počele da se dele na „*ovarian mothers*“ (one koje obezbeđuju jajne ćelije), „*uterine mothers*“ (one koje iznesu trudnoći i porode se) i „*social mothers*“ (one koje odgajaju dete) (Stenvort 1987:16). Ovakva podela materinstva ide u prilog cilju koje su feminističke teoretičarke oštro kritikovale, a to je da nove tehnologije odvajaju žene od sopstvenog tela i reprodukciju stavljaju na raspolaganje medicini i tehnologiji, tj. državi. Na ovaj način, istovremeno se stvaraju nečuveni eksploatorski odnosi između samih žena (Parks 2009: 25).

Feministkinje postavljaju i pitanja etičnosti donacija jajnih ćelija i embriona kao i surogata koji za usluge svoga tela dobijaju nadoknadu (uglavnom novac), koji nikako ne može da nadoknadi uslugu koju su pružile (Mies 1988: 18). Prema Nejer i Bernardi, autorke Koreja i Petman ovu vrstu usluga izjednačavaju sa prostitucijom jer žene svoje telo prodaju za novac i upozoravaju na globalno tržište i biznis koji je u ekspanziji. Poput trgovine ženama zarad prostitucije i sklapanja brakova, i sveprisutna trgovina jajnim ćelijama, embrionima i surogat majkama, jača ekonomsku, rasnu i klasnu eksploataciju siromašnih i neobrazovanih žena u korist ovih drugih (belih, udatih, bogatih) i potvrđuje da je žensko telo „mašina za rađanje“, jer se odnosi društvene moći i dominacije neposredno nadovezuju na ženska tela (Torsbi 2002: 60).

Zbog svega navedenog feministkinje zaključuju da ART nameću novi pritisak ženama da postanu majke jer obećavaju vrlo brzu i efikasnu metodu biranja načina i pola željenog broja dece (Nejer i Bernardi 2011: 12).

1.8. Motivacija za roditeljstvom

Ako za polazište uzmemo stanovište da je želja za materinstvom sociokulturni konstrukt, postavlja se pitanje odakle ona potiče. Ako je podsticana od strane obrazaca kulture, običaja, religije, medija, koji su to mehanizmi njenog usvajanja? U ovom delu rada pokušaću da predstavim neke od najvažnijih stanovišta s aspekta društvenih nauka.

Sedamdesetih godina XX veka formirala se populaciona psihologija, nastala kroz interesovanje za demografske promene u svetu i počela istraživati psihološki aspekt regulacije fertiliteta koristeći dva dominantna teorijska stava o motivaciji za roditeljstvom: psihoanalitičke teorije i teorije socijalnog učenja.

Psihoanalitičke teorije o roditeljstvu kao širenju sebe, želju za detetom prepoznaju u zavisti zbog penisa, koja jača u heteroseksualnoj vezi i pretvara se u želju za detetom. Ova želja, ukoliko se rodi dete muškog pola, postaje zamena za penis i univerzalan je motiv za žene (Frojd se ne bavi motivima muškaraca). Helen Dojč (prema Kapor Stanulović 1985: 27) razlikuje dve faze materinstva: 1. devojčica igrajući se s lutkama imitira majčinstvo, a

anatomski je uskraćena za istraživanje polnog organa (za razliku od dečaka); 2. pubertetska faza, kojom upravljaju biološki porivi, kada pasivno očekuje da bude oplodena. Prema Kestenbergu izvor želje za detetom su vaginalne senzacije a biologizam Benedeka, iz 1960-ih, govori o fiziološkoj predispoziciji koja je kod žena determinisana menstrualnim ciklusom, a kod muškaraca psihodinamičkom instinktivnom težnjom za nastavkom života preko svog deteta. Erik Erikson (Kapor Stanulović 1985: 30) razrađujući psihoanalizu smatra da želja nastaje u zreloj dobi žene, napuštanjem roditelja i predavanjem muškarcu, primanjem i davanjem ljubavi i brige. Nadovezujući se na Eriksona, Džudit Bardvik (1971), smatra da je biološka funkcija žene dominantna u njenoj psihi i da je materinstvo bit femininosti, i ogleda se u zadovoljenju motiva za pripadanjem, dok su profesionalne obaveze za ženu sekundarne.

Prema psihoanalitičkim teorijama želja za detetom je delimično nesvesne prirode i istovremeno neizbežan rezultat razvojnog procesa individue.

Na pitanje kako se dolazi do konačne odluke o rađanju deteta, odgovor su ponudili Fridman i njegovi saradnici 1976. godine, svojim modelom kategorija psiho-socijalnih varijabli značajnim za reproduktivno ponašanje.

Kategorije ukazuju na činjenicu da je određeni oblik reproduktivnog ponašanja uvek rezultanta međusobnog ispreplitanja više nezavisnih varijabli kod jednog partnera i procene varijabli koje utiču na drugog partnera kao što su: situacione varijable: (bračno stanje, bračna istorija, starost partnera, obrazovanje, religijsko opredelenje, ekonomski i stambeni uslovi, zaposlenje, raspoloživa pomoć za podizanje dece, društveno poreklo, selo/grad, porodica, braća i sestre), fertilitetna istorija (fertilni događaji, prodaji, abortusi), posledice događaja po zdravlje, raspoložive usluge u vezi sa fertilitetom (informacije, propisi, kontracepcija), seksualno ponašanje, objektivne prepreke za dalja rađanja, ljudi u okolini (priroda i učestalost najčešćih kontakata), subjektivna ocena objektivnih faktora, individualne psihološke karakteristike (aspiracije u vezi sa životnim standardom, crte ličnosti), odnosi među partnerima (kvalitet komunikacije, konformizam itd). (Kapor Stanulović: 1988: 76).

Prema teorijama socijalnog učenja, polna uloga koju dete ima ili se od nje/njega očekuje, određuje motivaciju i ponašanje.

Rejbin i Grin u svojim istraživanjima polaze od pitanja šta roditelji očekuju od dece i kakve potrebe deca treba da ispune – teorija zadovoljavanja potreba. U cilju istraživanje motivacije formirali su upitnik koji je olakšavao analizu podataka. Motive su podelili u četiri grupe:

- altruistički (nesebični motivi, naklonosti i želje);
- fatalistički (fatalistička predodređenost ljudi za održanjem vrste, zakon prirode);
- narcistički (deca kao materijalni dokaz bioloških potencijala roditelja);
- instrumentalistički (korist, deca kao sredstvo kojim se postiže određeni cilj).

Instrument koji su napravili Rejbin i Grin uveliko je pomogao u otkrivanju motivacije i grupisanju motiva, ali sam predmet istraživanja i njegova intima problematika ukazali su i na činjenicu da ispitanici imaju poteškoća da verbalizuju svoje mišljenje ili na to da daju socijalno prihvatljive odgovore pod uticajima kulturnih obrazaca sredine u kojoj žive. Rejbin 1965. godine objavljuje rezultate ispitivanja motivacije za roditeljstvom u kojima navodi da postoji širok spektar motiva za roditeljstvom, kod muškaraca dominiraju narcistički motivi, a fatalistički motivi preovlađuju kod žena. Rezultati istraživanja su pokazali da kod žena dominira biološka motivacija, a kod muškaraca socio-psihološki motivi⁹. Foset je 1972. godine istražujući „prednosti i nedostatke imanja dece“, sa stanovišta roditelja različitih etničkih grupa s Havaja, došao do rezultata da su primarne prednosti deteta u vezi s odnosom deteta i roditelja to da deca pružaju ljubav, društvo, jedinstveni osećaj, doprinose kvalitetu porodičnog i bračnog života, jedini razlog da se stupi u brak, da su dokaz zrelosti. Nedostaci koje su ispitanici naveli usmereni su na ograničavanje slobodnog vremena, društvenih kontakata, bavljenje hobijem i sportom, da prouzrokuju nered, buku, emocionalnu napetost, finansijsko opterećenje, menjaju stil života. (Kapor Stanulović 1985: 84)

.....
 9 Ovo istraživanje je sprovedeno među populacijom studenata u SAD-u i rezultati su prihvatljivi samo za taj uzrast, ali ovaj model istraživači nastavljaju da koriste i proširuju ga sve do danas.

Bračni par Hofman (prema Kapamadžija, 1989) pokušao je da konstruiše jedan model za empirijsko istraživanje reproduktivne motivacije koji se sastoji od pet međusobno determinisanih varijabli koje olakšavaju analizu:

- vrednosna dimenzija deteta – posebna i najznačajnija individualnopsihološka potreba;
- alternativni načini zadovoljenja potreba koje bi dete zadovoljilo – osiguranje brige u starosti;
- cena deteta – ekonomska i psihološka cena;
- barijere – siromaštvo, bolest, nerešeno stambeno ili radno pitanje;
- olakšavajuće okolnosti koje pozitivno motivišu rađanje.

Jedno od najznačajnijih je istraživanje Badenter koja je, istraživajući materinstvo, pošla od doživljaja žene i osećanja i zaključila da je ono uslovljeno spoljašnjim okolnostima te da je to iskustvo istorijski promenljiva kategorija.

U okviru dominantnog diskursa obavezujućeg materinstva postoje samo diskursi o dobroj (kult materinstva) i lošoj majci kao i diskurs o ženi nerotkinji. Diskurs o “nerotkinji”, “bezdetki”, “neroduši”, “jalovici”, kako se pežorativno nazivala žena koja nije imala dece, podrazumevao je samo „biološku i fiziološku nesposobnost žene da začne i održi porod, ali ne i pravo na samoopredeljenje da se ne bude majka” (Radulović 2008: 160).

Ovi pristupi motivaciji smatraju decu izvorom ekonomske, socijalne i psihološke vrednosti za roditelje. Navedena istraživanja su u mnogome doprinela razumevanju donošenja odluka o reprodukciji, ali istraživači/ce kasnije uvode modele donošenja odluka o reprodukciji. Dodavanjem varijabli i merenjima stavova, namera, normi, verovanja i ponašanja ukazivano je na razlike u motivaciji između muškaraca i žena u određenim starosnim struktura, kulturama i prema sociodemografskim grupama. Motivaciju za roditeljstvom je izuzetno teško meriti instrumentima jer ispitanice/i često daju stereotipne odgovore pod uticajem društvenih, kulturnih, religioznih normi, običaja i verovanja. Stoga se za merenje motivacije za roditeljstvom koriste posebno strukturisani instrumenti za prikupljanje podatka prilagođeni ispitivanim grupama.

1.8.1. *Psihološka istraživanja neplodnosti i lečenja neplodnosti VTO*

Psihološkim aspektom stanja neplodnosti prvo su počele da se bave američka i zapadno evropska stručna zajednica sa željom da istraže uzroke steriliteta koji nisu mogli biti dijagnostikovani od strane medicine. Psiholozi su se 70-tih godina prošlog veka zalagali za uvođenje standardizovanog psihijatrijskog intervjua na samom početku lečenja para, jer je dokazano da i sami dijagnostički postupci ispitivanja steriliteta (merenje bazalne temperature, odnosi u određeno vreme, postkoitalni test, folikulometrije) dovode do znatne psihičke napetosti.

Tek 90-ih počinju da se rade istraživanja koja su uključivala motive za roditeljstvom kod neplodnih parova sa velikim uzorkom ispitanika/ca i kontrolnim grupama i podgrupama (Lengridž i sar. 2005; Peri 2005; Piterson 2009; Šmid i Holstin, 2005; Sadjso i Ekholm 2005).

U savremenim psihološkim istraživanjima reprodukcije najčešće se ispituju stepen stresa i faktori koji na njega utiču kod neplodnih žena u programima vantelesne oplodnje, a fertilne žene se ispituju u vezi sa fenomenom nedovoljnog rađanja.

Naučni radovi proistekli iz istraživanja psihologa usmereni su na analizu psiholoških profila neplodnih parova, ispitivanje motivacije za roditeljstvom, merenja nivoa stresa, praćenje ishoda trudnoća, i ukoliko je došlo do rođenja deteta, ispitivanje razvoja ličnosti dece rođene nakon vantelesne oplodnje i porodičnih odnosa i upoređivanje s porodicama sa spontano začetom i usvojenom decom (Golombok i Brevejs 1996; Vagenar i Vajsenbruch 2009; Stark 2007; Piterson, 2007).

Na osnovu rezultata istraživanja psiholozi ukazuju na opasnost od zanemarivanja emocionalnog stanja i primarnu usmerenost na medicinske i biološke aspekte lečenja neplodnosti i zalažu se za fokusiranje na psihološke i emocionalne potrebe u smislu: razumevanja neplodnosti, kontinuiranog informisanja, suportivnog i terapijskog savetovanja neplodnih parova.

Tabela 2. Tabelarni prikaz značajnih istraživačkih studija motivacije za roditeljstvom kod neplodnih zajednica

Osećaju se nekorisno i nekompletno bez deteta Da dokažu da mogu da imaju dece Da bi imali srećan brak Sve žene bi trebalo da mogu da iskuse trudnoću i porođaj	<i>Njuton i sar. 1992</i>
Deca me čine srećnom Imati decu je lepo Deca donose posebnu povezanost	<i>Van Balen i Trimbos-Kemper, 1995</i>
Sreća Zadovoljstvo Materinstvo Identitet Kontinuitet	<i>Kolpin i sar. 1998</i>
Pružiti detetu ljubav Zadovoljstvo koje donose deca Dete kao deo nas dvoje Da primi ljubav od strane deteta Da postanemo porodica	<i>Lengridž i saradnici, 2001</i>
Kontinuitet porodice Porodične veze i odnosi Polni i rodni identitet Društveni pritisak Materijalizam	<i>Kesidi i Sintrovani, 2008</i>

Na pitanje da li je zajednica bez dece održiva i da li je uspešna, postoje dvojaka mišljenja i teorije čiji rezultati uglavnom zavise od strukture ispitanika i dominantnih kulturnih obrazaca određene sredine. Neki autori smatraju da kod bračnih parova bez dece postoji bolja komunikacija i harmoničniji aktivni socijalni odnosi, nasuprot stanovištima da u takvim brakovima postoje poremećeni odnosi, nesuglasice, međusobna optuživanja i česte razmirice, da konflikti prelaze u agresiju, najčešće muškarca, i da često dolazi do razvoda.

Psihoseksualni problemi sterilnih zajednica značajna su tema za istraživanja, a najčešće se navode: “to je ta noć” sindrom (odnosi za vreme plodnih

dana), promena svrhe seksualnih odnosa (umesto užitka, način za pravljene bebe), stres kliničkog ispitivanja i slično. Kada par posumnja da “nešto nije u redu”, počinje da se brine i obraća se lekaru, i tada počinju da se javljaju psihološke posledice lečenja steriliteta. Centralni problem savetovanja kod problema neplodnosti je neispunjena želja ili cilj u životu. Za razliku od lekara, koji su usmereni na terapeutsko rešavanje problema, psiholozi se suočavaju sa subjektivnim doživljajem, tj. emocionalnim stanjem pacijenta/kinja i psiholog/škinja je danas neizostavni član svakog tima za asistiranu reprodukciju.

U radu sa parovima kod kojih se oplodnja radi donacijom jajnih ćelija, sperme i embriona, psiholozi često ukazuju na brojne etičke dileme s kojima se parovi susreću. Pogotovo su izražene dileme kod žena koje su zatrudnele donatorskom spermom u smislu racionalizacije želje da na takav način postane majka.

U nekim studijama navedeno je mišljenje da muškarcima koji imaju dijagnozu subfertilnosti ili sterilnost, to predstavlja mnogo veći problem nego ženama. Međutim, činjenica je da i danas prvo žena prođe brojne preglede, pa se tek onda predloži davanje sperme na analizu. Nakon ustanovljene dijagnoze kod muškaraca se najčešće javlja razočaranost, neverica i bes.

U medicinskoj literaturi usmerenoj ka infertilnoj populaciji, uočeno je da je žena ta koja je pacijentkinja, dokumentacija u klinikama otvara se samo na njeno ime, čak i kada je muškarac sterilan, a muškarac je u svemu tome definisan kao „njen partner“ (Karmeli 1994).

1.8.2. *Psihološki aspekti neplodnosti i stresori VTO*

U poslednjih nekoliko godina istraživanja iz oblasti biomedicine donela su značajna otkrića koja su poboljšala medicinske procedure, dijagnostiku i lečenje. Istovremeno, stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja bavili su se emocionalnim doživljajem steriliteta i lečenja neplodnosti. Prema Piterson, Gold i Fejnglod (2007) parovi ulaze u program VTO prvi put veoma motivisani, međutim, ovi programi mogu biti psihički i fizički veoma zahtevni bez obzira na to da li je u program uključena samo žena ili više osoba. Parovi se često se osećaju nemoćno, vulnerabilno i gube kontrolu nad životi-

ma. Takvim osećanjima doprinose zakazane posete lekarima, svakodnevno primanje injekcija, mnogobrojne analize i ultrazvučni pregledi. Percepcija o gubitku kontrole zahvata sve aspekte njihovih života, ume da remeti radne obaveze i slobodno vreme.

U savremenim studijama opovrgnuti su raniji mizogini navodi da žene koje nemaju decu pate od depresije, histerije, kompulzivne neuroze, da su sklone samoubistvu, manje ženstvene, neuspešne i neostvarene ličnosti kao i da im je ugroženo mentalno zdravlje.

Kada par otkrije da postoje problem sa sterilitetom, često nakon godina korišćenja metoda i sredstava za zaštitu od trudnoće, suočava se s brojnim negativnim reakcijama, na prvom mestu sa depresijom i anksioznošću (Savic-Smit, 2006:379). Osećanje depresije, aksioznosti, lične nesposobnosti, krize identiteta, negativne slika o sebi, praznine, krivice, osećanje niže vrednosti, krivice prema partneru i seksualni problemi često su u istraživanjima zabeleženi kao posledice steriliteta. Neposedovanje iskustva trudnoće, porođaja, dojenja-majčinstva koje bi podelile sa prijateljicama i članicama porodice često dovodi nerotkinje do socijalne izolacije (Piterson; 2007:253).

Postupak prolaska kroz sve faze vantelesne oplodnje, koja ostavlja posledice na psihofizičko zdravlje, često nije lak. Poremećaji se manifestuju kako na individualnom planu i u interpersonalnim odnosima između dve osobe, tako i u odnosima sa sredinom jer „Životna istorija svakog pojedinca je, na prvom mestu i pre svega, prilagođavanje obrascima i merilima koji se u njegovoj zajednici prenose s kolena na koleno.“ (Benedikt, 1976: 30).

Emocionalni problemi s kojima se parovi susreću različiti su u različitim fazama i zavise od brojnih unutrašnjih i spoljašnjih faktora. Psihološko savetovanje je stoga podeljeno na nekoliko faza: početnu (fazu procene i edukacije), srednju (koja zavisi od metode lečenja, njenog uspeha ili broja neuspehli pokušaja, psihičkog stanja, partnerskih odnosa itd.) i kasnu fazu (prihvatanja steriliteta ili fazu roditeljstva) (Stark 2011: 228).

Neuspela vantelesna oplodnja primorava parove da se suoče sa sterilitetom i odluče šta dalje. Tuga, ljutnja i razočarenje su uobičajene reakcije oba partnera. Studije pokazuju da je vrhunac depresivnog raspoloženja između 18. i 36. meseca nakon neuspešnog IVF-a, i eskalira nakon nekoliko neuspehli

pokušaja, kako vreme prolazi, a finansijsko opterećenje raste i snovi o roditeljstvu su sve manje ostvarljivi (Sajdso 2005).

Istraživanja koja su merila nivo stresa pokazuju da se on razlikuje po fazama ciklusa i da tenzija raste kako on odmiče. Najveći stres i nestrpljenje su zabeleženi nakon embrio transfera, tj. period isčekivanja kada će se videti da li je došlo do trudnoće. (Piterson 2007: 255). Tokom ovog „kritičnog perioda“ parovi imaju najmanje kontakta sa IVF timom i ne sastaju se često s porodicom i prijateljima ne bi li izbegli pitanje: „Jeste li trudni?“

U literaturi se mogu pronaći mišljenja da muškarcima koji imaju dijagnoziranu subfertilnost ili sterilnost to predstavlja mnogo veći problem nego ženama (Osato 2002; Karmeli 1994, Trosbi i Gil 2004). Istraživači/ce su došli do različitih podataka o stavovima o neplodnosti i roditeljstvu s obzirom na pol. Ono što im je zajedničko jeste činjenica da muškarci i žene različito reaguju u različitim fazama i da je rađanje važnije ženama nego muškarcima, te da mišljenja i stavovi jednog partnera često direktno utiču na stavove drugog (Savic Smit 2003: 385).

Međutim, istraživanja su pokazala da je u većini slučajeva žena ta koja posumnja da nešto nije u redu, prva se obraća lekarima za pomoć i često bez znanja partnera uradi brojne dijagnostičke pretrage pa se tek onda muškarcima predlaže davanje sperme na analizu. Kod muškaraca problemi sa spermom izazivaju osećanje stida i snažno deluju na njihov doživljaj maskuliniteta. Odbijanje da se prihvati dijagnoza dovodi do optuživanja žene i odbijanja saglasnosti za oplodnju žene spermom donatora, partnerskog nasilja i ponekad razvoda braka (Osato, 2002).

Autorke feminističke orijentacije koristile su feminističke istraživačke metode (najčešće metod životne priče) proučavajući uticaj ideologije na žensko telo, nepostojanje izbora po pitanju reprodukcije i zahteva prema rađanju.

Sandra Dil je u svojim istraživanjima došla do rezultata da 30% muškaraca nije prisustvovalo prvoj konsultativnoj poseti specijalisti za sterilitet, dok nije zabeležen nijedan slučaj da je muškarac došao na pregled bez partnerke (Dil, 2002). Ova činjenica se objašnjava opšteprihvaćenim stavom da žene osećaju manju nelagodu prilikom posete lekaru i snažniju željom za detetom a i sama odeljenja za IVF su smeštena pri ginekološkim klinikama.

Istraživači i studije o IVF-u uključuju muškarce u manjem broju, uglavnom zbog toga što sa ženama imaju intenzivniju komunikaciju i češće kontakte, i zbog toga što žene uglavnom rado pristaju da učestvuju u anketama i grupnim savetovanjima, dok muškarci veoma retko pristaju da otvoreno govore o problemu kako sa stručnjacima, tako i sa okolinom, a o problemu se informišu putem kliničkih brošura i interneta. Oni koji pristaju na razgovore ponekad se osećaju isključenima tokom lečenja, žale se da im nije dozvoljeno da prisustvuju pregledima (eventualno im je omogućeno prisustvo pri embriotransferu), smatraju da njihove partnerke često samoinicijativno odlučuju o početku tretmana, nastavku lečenja, odabiru lekara i klinike, napuštaju posao ostavljajući njima da rade duže radno vreme ili dodatni posao što im pored emocionalnog, stvara i veliki finansijski teret (Dil, 2002).

1.9. Nacionalni program lečenja neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom u Srbiji

Srbija je brojnim aktima definisala podsticanje rađanja¹⁰. Borbom protiv „bele kuge“, protiv neplodnosti i zaštitom reproduktivnog zdravlja kao strateškim ciljevima, politički utiče na reproduktivni potencijal žena a pojedinačnim programima i merama navedenim u ovim aktima definiše planove, koji za cilj imaju smanjivanje svih negativnih efekata koje donosi „izumiranje nacije“.

Istraživačice ovog fenomena oštro kritikuju ove akte, naglašavajući nemogućnost njihovog sprovođenja, nerealna očekivanja i rezultate ovakvih programa – potpuno promašene mere populacione politike.

Marina Blagojević početkom 2000-ih ističe: “Roditeljstvo se ne može rehabilitovati na principima žrtvovanja, već na principima kvaliteta života”, te da je osnovni put ka povećanju nataliteta insistiranje na individualizaciji roditeljstva. Autorka smatra, da bi društvo otvorilo ovaj put tako što bi pružilo podršku deci i njihovim starateljima, ženama dalo više mogućnosti da lakše usklade porodične i profesionalne obaveze i tretiralo reproduktivni

.....
10 Strategija podsticanja rađanja (2008), Program demografskog razvoja AP Vojvodine sa merama za njegovo sprovođenje (2007), Nacionalna Strategije za poboljšanje položaja žena i unapređivanje ravnopravnosti polova (2009), Nacionalni program zdravstvene zaštite žena (2009), Zakon o finansijskoj podršci porodica sa decom (2013).

rad kao rad, a ne samo kao “ljubav, požrtvovanost ili obaveze – što on sve i jeste”. Radi ostvarivanja tih posebnih prava, po Marini Blagojević, treba uložiti velike napore u stvaranju novih feminističkih strategija.

Jedna od mera populacione politike je i državno finansiranje biomedicinski potpomognute oplodnje kao pomoć parovima koji žele, a ne mogu da ostvare potomstvo.

U Srbiji se vantelesna oplodnja radi od kraja 80-ih godina i uglavnom je bila usluga koju su pacijenti sami finansirali, tako da je veliki broj parova radi lečenja putovao i u inostranstvo. Ministarstvo zdravlja je u oktobru 2006. pokrenulo program jednog besplatnog pokušaja vantelesne oplodnje za 1000 parova u Srbiji koji žele, a ne mogu da imaju dete. Republika Srbija se opredelila za politiku podsticanja rađanja i iz budžeta RFZO počela da odvajati određena novčana sredstva za ovu namenu.

Vantelesna oplodnja o trošku RFZO obavlja se u pet državnih zdravstvenih ustanova i košta u proseku oko 200.000 dinara po pokušaju¹¹.

Prema podacima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, od početka programa VTO, od januara 2007, do aprila 2013, ukupno je vantelesnu oplodnju uradilo oko 7.000 parova, ne računajući ponavljanja. U tu svrhu fond je izdvojio preko 2,19 milijarde dinara. Iako ne postoje precizni podaci o broju rođene dece uz pomoć VTO, procena je da je do sada rođeno više od 1.000 beba¹².

Republička stručna komisija Ministarstva zdravlja za vantelesnu oplodnju i asistiranu reprodukciju utvrdila je uslove za uključivanje u Program vantelesne oplodnje koji finansira Republički fond za zdravstveno osiguranje, i kao jedan od kriterijuma (indikacija) koji je potrebno ispuniti za uključivanje u Program, propisala da pravo mogu da ostvare „samo žene koje nisu rađale ili nemaju žive dece“ do 38. godine života.

Ovako propisan kriterijum je diskriminatoran jer stavlja u neravnopravan položaj muškarce koji nemaju sopstveno genetsko potomstvo, a čije par-

.....
11 <http://rfzo.rs/index.php/vto-actual>

12 <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:456272-Epruvete-nam-dale-cak-1000-beba>

tnerke imaju sopstveno genetsko potomstvo iz ranije partnerske zajednice i stoga im je uskraćeno pravo na uključivanje u Program. A druge strane, muškarcima koji imaju sopstveno genetsko potomstvo iz ranije zajednice, a čije partnerke ga nemaju, uključivanje u Program je omogućeno.

Kao posledicu brojnih pritisaka od strane udruženja i pojedinaca, Ministarstvo zdravlja je 2011. godine promenilo uslove uključivanja u program VTO za žene i pomerilo starosnu granicu sa 38 na 40 godina, i ujedno omogućilo i drugi besplatni pokušaj vantelesne oplodnje. Međutim, nije usvojena inicijativa Ministarstva zdravlja da se ovo pravo obezbedi i ženama koje imaju svoje sopstveno genetsko potomstvo iz ranije partnerske zajednice, s novim partnerom koji nema sopstveno genetsko potomstvo, a s kojim na drugačiji način ne bi mogle da rode dete. Kriterijum propisan tačkom 2.: „Žene koje nisu rađale i koje nemaju žive dece“ nije medicinske prirode i njegova dosledna primena dovodi do diskriminacije jedne kategorije muškaraca – onih koji nemaju sopstveno potomstvo, a u zajednici su za ženom koja ima sopstveno potpomstvo iz neke prethodne zajednice. Međutim, RFZO nije prihvatio ovaj predlog uz objašnjenje da ne postoje dovoljna finansijska sredstva za njegovo usvajanje.

Izuzetno, pravo na lečenje neplodnosti postupcima BMPO ima i punoletna i poslovno sposobna žena koja sama živi i ispunjava propisane uslove, uz sporazumnu saglasnost ministra nadležnog za poslove zdravlja i ministra nadležnog za porodične odnose, ako za to postoje naročito opravdani razlozi. Takođe je propisano da je zabranjeno u postupak BMPO uključiti ženu koja po godinama života i opštem zdravstvenom stanju nije sposobna da rađa, odnosno, koja je u starosnoj dobi koja nije primerena za rađanje.

Naime, ukoliko muškarac ima sopstveno potomstvo, a u novoj je zajednici sa ženom koja nema svoje potomstvo – ovom paru će biti omogućeno uključivanje u Program VTO, uz ispunjavanje drugih propisanih kriterijuma, dok će par u kojem muškarac nema sopstveno potomstvo, a njegova partnerka ima, biti isključen iz Programa VTO iako ispunjava sve druge propisane kriterijume.

Zakonom o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja propisano je da pravo na lečenje neplodnosti postupcima BMPO imaju punoletna i poslovno sposobna žena i muškarac koji vode

zajednički život, a izuzetno ovo pravo ima i žena koja živi sama i ispunjava druge propisane uslove, ako za to postoje naročito opravdani razlozi. Iz navedene odredbe se može zaključiti da je ovo pravo priznato paru, a ne pojedinačno ženi ili muškarcu koji žele da imaju potomstvo. Izuzetno je ovo pravo priznato i ženi koja sama živi, ali ako se ima u vidu da je za ostvarivanje ovog prava potrebna sporazumna saglasnost ministra nadležnog za poslove zdravlja i ministra nadležnog za porodične odnose, uz postojanje naročito opravdanih razloga, još lakše se može zaključiti namera zakonodavca da ostvarivanje ovog prava omogući pre svega parovima (muškarcu i ženi koji vode zajednički život).

Kriterijumom da samo žena koja nije rađala ili nema živu decu može da ostvari pravo na uključivanje u Program VTO povređeno je načelo jednakosti, jer nema razumnog i objektivnog opravdanja da ovaj kriterijum bude propisan samo za žene.

Evidentno je da nema razumnog i objektivnog opravdanja za isključivanje parova kod kojih žena ima dete/decu iz prethodnih zajednica, jer želja za sopstvenim potomstvom nije uslovljena polom, odnosno, i muškarcima i ženama je jednako važno da imaju sopstveno potomstvo.

Međutim, ako se ima u vidu da su, s jedne strane, potrebna značajna finansijska sredstva za postupke vantelesne oplodnje (preko 200.000 din po pokušaju), nabavka skupe, visoko sofisticirane opreme i obuka kadra, kao i odsustvo državne kontrole rezultata programa i urušen sistem zdravstvenog sistema, s druge, možemo očekivati restrikcije ili potpuno obustavljanje državnog finansiranja ove zdravstvene usluge¹³.

.....
13 Zbog prebukiranosti državnih klinika, RFZO je tokom 2012. i 2013. raspisivao tendere za uključivanje i privatnih klinika u postupak vantelesne oplodnje. Tenderi su obustavljeni u nekoliko navrata zbog "neispravnih ponuda" a sve više pacijenata je stavljano na listu čekanja. Odlaganjem pružanja ove usluge, pacijentkinje su gubile pravo na nju zbog starosne granice (40 godina) i medicinskih nalaza koje imaju rok važenja, te moraju da ih ponavljaju pre samog uključivanja u program (prikupljanje analiza i Komisijskih potvrda koje se nekada čekaju i više od 6 meseci). Na taj način država svake godine smanjuje broj parova kojima se ova usluga omogućava na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja. Isto tako, sve su brojniji slučajevi obustavljanja trećeg pokušaja VTO od strane lokalnih samouprava (npr. Beograd, Pančevo)

2. CILJ

Osnovi cilj rada je kritička analiza fenomena novih reproduktivnih tehnologija i materinstva u našem društvu, tj. na koji način je žensko telo iskorišćeno u svrhe povećanja prirodnog priraštaja stanovništva kao bitne odrednice državne politike, kao i razumevanje motiva koji utiču na to da žene žele da postanu majke.

Osnovni ciljevi istraživanja su:

- utvrđivanje profila žena koje žele da postanu majke uz pomoć vantelesne oplodnje na osnovu analize sociodemografskih pokazatelja,
- analiza odnosa ispitanica prema braku i deci,
- analiza stavova žena uključenih u program vantelesne oplodnje u vezi sa samom procedurom i načinima formiranja porodice involviranjem treće i drugih osoba (donacije, surogat materinstvo, usvajanje),
- ispitivanje motivacije za materinstvom kod žena uključenih u program vantelesne oplodnje,
- istraživanje stepena i vrsta diskriminacije zbog toga što nemaju dece,
- ispitivanje njihove procene zadovoljstva životom.

Uvođenjem kontrolne grupe ispitanica, trudnica koje nisu koristile potpomognutu oplodnju, stvorila sam osnov za poređenje ove dve grupe žena, što čini pojedinačne ciljeve istraživanja:

- uvid u vrstu i eventualnu različitost motivacije za roditeljstvom kod ispitivane i kontrolne grupe ispitanica,
- ispitivanje procene zadovoljstva životom kod ispitivane i kontrole grupe ispitanica.

Naučni radovi koji proučavaju fenomen steriliteta i vantelesne oplodnje u našoj zemlji nastali su skoro isključivo iz oblasti biomedicinskih nauka. Podaci koji su u tim radovima prezentovani, dobijeni su iz obrade kliničkog materijala i usmereni su na biomedicinsku analizu problema. Iako su u nekim istraživanjima prikupljani sociodemografski podaci i ispitivani

stavovi neplodnih žena, oni u rezultatima rada nisu adekvatno analizirani. Sporadično se publikuju i radovi iz oblasti demografije i pravnih nauka. Međutim, u demografskim proučavanjima fertiliteta stanovništva, analiza problema neučestvovanja žena u reprodukciji, izuzimajući ekonomske i sporadično zdravstvene razloge (abortusi, kontracepcija), praktično se ni ne spominje, tako da su žene i parovi bez dece statistički nevidljive/i. U radovima iz oblasti porodično-pravnih nauka rade se uporedne analize i kritike postojećih zakonskih regulativa ove oblasti.

S obzirom na to da je ova oblast u našoj zemlji nedovoljno istražena sa stanovišta društvenih nauka smatram da će istraživanje neplodnosti žene i vantelesne oplodnje sa aspekta rodnih studija i feminističke metodologije pružiti drugačiji aspekt i kritičku analizu ovih fenomena u našem društvu.

3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Predmet istraživanja je kritička analiza novih reproduktivnih tehnologija i motivacije za materinstvom sa stanovišta rodni studija. U cilju analize i prikupljanja podataka primenila sam sledeće istraživačke metode: anketno istraživanje, analiza sadržaja i metod intersekcionalnosti¹⁴.

Anketno istraživanje sam sproveda u cilju prikupljanja i obrade podataka o ženama koje ne sudeluju u reprodukciji, odnosno o nenamernom sterilitetu žena koje su uključene u program vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine, a metodu intersekcionalnosti da bih ukrstila višestruke identitete žena.

Kvantitativne podatke sam obrađivala uz pomoć statističkih metoda, a kvalitativne sam analizirala uz pomoć metode analize sadržaja.

Klinika za ginekologiju i akušerstvo KC Vojvodine u Novom Sadu, kao metodu lečenja steriliteta, sprovodi postupak vantelesne oplodnje od 1989. godine. Do 2006. godine metoda biomedicinski potpomognutog oplođenja (BMPO) primenjivana je pretežno sporadično, s većim pauzama u radu, usled nedostatka sredstava, a od 2007. godine Novi Sad postaje referentni centar za područje Vojvodine za Nacionalni program BMPO koji finansira Republika Srbija kao jednu od mera pronatalitetne populacione politike i u skladu sa Strategijom podsticaja rađanja Republike Srbije.

U cilju sporovođenja naučnoistraživačkog rada dobila sam saglasnost za istraživanje od Etičkog odbora Kliničkog centra Vojvodine.

.....
14 Metodu intersekcionalnosti je razvila profesorka Kimberli Krenšou analizirajući (ne) zaposlenost crkinja u SAD-u 1989. godine kada je definisala i termin višestruke diskriminacije na osnovu ukrštanja klase, rase i roda

3.1. Korpus podataka

Korpus podataka u ovim istraživanju čini 100 ispitanica koje su podeljene u dve grupe: ispitivanu i kontrolnu. Ispitivanu grupu su činile 50 žena koje su bile u programu vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo, a kontrolnu grupu 50 trudnica hospitalizovanih na Klinici.

Primarna jedinica ispitivanja su žene starije od 18 godina, udate ili u partnerskoj zajednici, bez živorođene dece, koje su uključene u program vantelesne oplodnje (VTO žene).

Kontrolnu grupu (sekundarnu jedinicu istraživanja) čine 50 trudnica kojima će ovo biti prvi porođaj, a koje su zatrudnele spontanom putem. Kriterijimi za isključivanje iz studije u kontrolnoj grupi su: višerotke, lečen sterilitet, rekurentni pobačaji, trudnoća nakon vantelesne oplodnje i trudnice kod kojih je postojala sumnja ili je dijagnostikovana anomalija ploda.

Formiranjem dve grupe ispitanica pokušala sam okrijem da li postoje međusobne razlike u motivaciji za materinstvom.

3.2. Metodologija anketiranja

Anketa je sprovedena u periodu novembar 2013 – mart 2014. godine na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine u Novom Sadu. Anketom sam želela da sakupim relevantne podatke u vezi s motivacijom žena za materinstvom, koje svoju želju za potomstvom pokušavaju da ostvare biomedicinski potpomognutim metodama oplodnje. Ispitanice su popunjavale upitnik u toku različitih faza programa, najčešće u vreme hospitalizacije radi aspiracije jajnih ćelija i na dan embrio transfera, na kraju ciklusa.

Ispitanice su upitnike popunjavale u bolesničkim sobama Zavoda za humanu reprodukciju, tako što sam ih usmeno informisala o ciljevima istraživanja i strukturom upitnika, uz garanciju da će podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe. Uz svaki upitnik ispitanice su dobile i tekstove: Informacije

za ispitanicu i Informisani pristanak, u skladu sa uputstvima članova Etičkog odbora KC Vojvodine. Tokom ispitivanja četiri pacijentkinje su odbile da učestvuju. Ispitanice u kontrolnoj grupi su popunjavale upitnik na identičan način.

3.3. Instrument za prikupljanje podatka

U cilju prikupljanja podataka sačinila sam posebno konstruisan upitnik od 28 pitanja koji sam podelila u nekoliko celina. Prva grupa pitanja odnosi se na opšte podatke o starosti, mestu stanovanja, nacionalnosti, veroispovesti, religioznosti, stručnoj spremi, radnom statusu i materijalnom položaju para. Potom slede pitanja o odnosima u braku. Ispitivana je fertilna istorija ispitaničine majke. Sledeća grupa pitanja odnosi se na informacije o lečenju steriliteta, o prethodnim pokušajima vantelesne oplodnje i stavovima vezanim za postupak. Motivacija za roditeljstvom ispitivana je uz pomoć modifikovane skale Likertovog tipa sačinjenom od 29 stavova koju su konstruisali Lengridž i saradnici 2001. godine¹⁵ a primenili Kasidi i Sintrovani u istraživanju 2008. godine na temu motivacije za roditeljstvom kod žena u postupku vantelesne oplodnje.

Ukupno 29 stavova je podeljeno u 5 grupa motiva: kontinuitet porodice, nega i odgoj deteta, odnos između partnera, društveni pritisak za rađanjem i instrumentalističko-materijalistički motivi. Od toga 21 stav je afirmativnog tipa – “za imati dete” a 8 stavova pripadaju grupi razloga zbog kojih ne bi trebalo imati decu. Poslednja grupa od četiri pitanja otvorenog tipa odnosi se na socijalni aspekt – osećaju li neki vid diskriminacije, o statusu nerotkinja u društvu, emocionalnom doživljaju steriliteta i mišljenju o ženama koje ne žele da rađaju.

Zadovoljstvo životom merila sam SWLS skalom koja je konstruisana 1985. godine. Autori skale su Diner, Emons, Larsen i Griffin. SWLS je kratka skala od pet izjava koja je dizajnirana sa ciljem da meri globalne kognitivne

.....
15 U cilju publikovanja rada dobila sam pismenu saglasnost za korišćenje i modifikovanje upitnika od profesora Lengridža sa Univerziteta u Šefildu (Velika Britanija).

stavove o životnom zadovoljstvu. Skala ne meri zadovoljstvo određenim aspektima života, kao što su finansije ili zdravlje, već dozvoljava osobi da integriše i izvaga ove domene na način koji joj najviše odgovara na skali od 1 do 7.

Ispitanice u kontrolnoj grupi su popunjavale upitnik koji je bio sačinjen od pitanja sa relevantnim sociodemografskim pitanjima (godine života, mesto stanovanja, stručna sprema, nacionalnost i veroispovest), skalu Motivacije za roditeljstvom kao i SWLS skalu.

3.4. Statistička obrada podataka

Podatke sam obrađivala pomoću statističkog paketa IBM SPSS 20. a grafičke prikaze sam radila u Microsoft Excell-u. Koristila sam metode deskriptivne statistike i statističku metodu za upoređivanje nezavisnih uzoraka Studentov *t*-test¹⁶. Studentov *t*-test sam koristila za merenje varijabilnosti srednjih vrednosti ispitivanih stavova između dve grupe ispitanica.

.....
 16 Deskriptivna statistička analiza predstavlja skup metoda kojima se vrši izračunavanje, prikazivanje i opisivanje osnovnih kaarakteristika statističkih serija. Deskriptivna statistika ima sledeće zadatke: 1) grupisanje i sređivanje statističkih podataka, 2) prikazivanje statističkih podataka, 3) određivanje osnovnih pokazatelja statističkih serija.

Studentov *t*-test je jedan od najpoznatijih statističkih postupaka koji se odnosi se na testiranje statističke značajnosti razlike između aritmetičkih sredina dva uzorka. U društvenim naukama je uobičajeno da ukoliko je $p < 0.05$ zaključujemo da postoji statistički značajna razlika između aritmetičkih sredina dva uzorka.

4. REZULTATI

Rezultate istraživanja ću predstaviti u sledećim poglavljima:

- Sociodemografski podaci o ispitanicama,
- Odnos prema braku i deci,
- Odnos ispitanica prema vantelesnoj oplodnji,
- Motivacija za materinstvom,
- Diskriminacija, status nerotkinje i emocionalni doživljaj steriliteta,
- Analiza skale procene zadovoljstva životom,
- Rezultati metode intersekcionalnosti.

4.1. Sociodemografski podaci o ispitanicama

Analiza sociodemografskih podataka ispitanica je značajan pokazatelj koliko starost žena, njihovo obrazovanje, materijalni položaj, radni status, etnicitet i religioznost utiču na pomeranje starosne granice stupanja u partnerske zajednice i odluke o roditeljstvu. Na početku upitnika tražila sam od ispitanica osnovne sociodemografske podatke bitne za analizu i metodu intersekcionalnosti kao što su: starost, obrazovanje, radni status, mesto stanovanja, te procena materijalnog položaja, kao i da se izjasne o nacionalnosti, veroispovesti i stepenu religioznosti.

Ispitanice iz ispitivane grupe ću predstavljati kao VTO žene (žene uključene u postupak vantelesne oplodnje) a ispitanice iz kontrolne grupe kao trudnice.

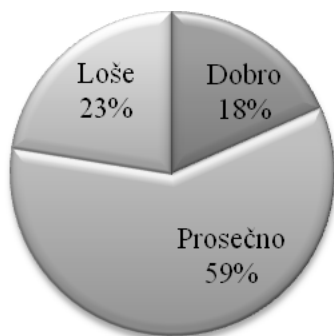
Prosečna starost ispitivanih VTO žena je 34 godine, a trudnice su u proseku stare 28 godina. Većina ispitanica stanuje u gradu (68%) i ima završenu srednju četvorogodišnju školu (38%), a stepen obrazovanja je i u kontrolnoj grupi identičan. Podatak da više i visoko obrazovanje i neki oblik postdiplomskih studija ima 42% ispitanica, govori u prilog tendenciji da žene u Srbiji odlažu sklapanje braka i roditeljstvo za period nakon školovanja i eventualnog za-

poslenja. Kod trudnica je ovaj procenat nešto niži (32%), zato što su one u proseku 6 godine mlađe.

Tabela 3. Stepen stručne sprema prema radnom statusu

Stepen stručne spreme	Radni status								Total	
	Zaposlena u privat- nom sek- toru		Zapos- lena u državnom sektoru		Obavlja kućne poslove, domaćica		Neza- poslena			
	I	K	I	K	I	K	I	K	I	K
Osnovna škola	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1
III stepen	2	6	0	1	2	2	4	7	7	16
IV stepen	3	7	7	3	2	0	8	7	20	17
VI stepen	0	3	3	1	0	0	0	0	3	4
VII/1 i VII/2 step	8	7	5	1	0	1	2	3	15	12
VIII stepen	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
	14	23	17	6	5	4	14	17	50	50

Ukupno 62% ispitanica u ispitivanoj grupi je zaposleno (17 u državnom i 14 u privatnom sektoru), dok 38% žena obavlja kućne poslove ili je nezaposleno. U kontrolnoj grupi procenat zaposlenih žena iznosi 58%, najviše u privatnom sektoru.



Grafikon 1. Materijalno stanje

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

U Srbiji je 51% radno sposobnih žena zaposleno (RZS 2010: 54), a 75% žena koje su završile fakultet nalazi se u radnom odnosu. U istraživanju sam dobila podatak da je njih 62% zaposleno, što je iznad republičkog proseka, a 75% njih svoje materijalno stanje ocenjuje kao zadovoljavajuće.

Zaključujem da se ispitanice odlučuju na rađanje tek nakon ostvarivanja ekonomske nezavisnosti.

Iako je prema poslednjem popisu stanovništva iz 2011. godine u Vojvodini bilo 70,2% stanovnika pravoslavne veroispovesti u istraživanju se kao pripadnica pravoslavne veroispovesti izjasnilo njih 82% što odgovara podatku za Srbiju, jer pacijentkinje koje su popunjavale upitnik nisu samo sa teritorije AP Vojvodine. Procenat mađarske i hrvatske katoličke (14%) i slovačke evangelističke (2%) veroispovesti odgovara podatku iz opšte populacije stanovništva Vojvodine.

Tabela 4. Nacionalnost i veroispovest ispitanica

Veroispovest			Nacionalnost		
	VTO žene	Trudnice		VTO žene	Trudnice
pravoslavna	41 82,0%	38 74%	srpska	40 80%	38 74%
katolička	6 12,0%	6 11,8%	mađarska	5 10%	8 15,7%
evangelistička	2 4,0%	2 3,9%	hrvatska	2 4%	0
nisam vernica	1 2,0%	1 3,9%	slovačka	2 4%	3 5,9%
islamska	0	0	crnogorska	1 2%	0

Ukupno 41 ispitanica je pravoslavne veroispovesti, 7 katoličke, a po jedna ispitanica se izjasnila kao pripadnica evangelističke veroispovesti, dok se jedna izjasnila da nije vernica. Srpske nacionalnosti je 80%, 10% je mađarske, dok su 4% hrvatske i slovačke nacionalnosti. U istraživanju je učestvovala i jedna Crnogorka. U kontrolnoj grupi distribucija etniciteta i veroispovesti je identična.

Tabela 5. Procena ličnog odnosa prema religiji¹⁷

	N	%
Vernica sam, jer prihvatom sve što moja vera (crkva) uči	12	24,0
Vernica sam, jer se pridržavam svih običaja koje nalaže moja vera	3	6,0
Vernica sam, ali ne prihvatom sve što moja vera uči	22	44,0
Nisam sigurna da li sam religiozna ili ne	3	6,0
Nisam vernica, ali uvažavam religijska ubedenja i pripadnost drugog	7	14,0
Nisam vernica i religija me ne zanima	3	6,0
Total	50	100,0

Detaljnijom analizom tabele 5 primećujem da su ispitanice zapravo podeležene u dve grupe: na religiozne (74%) i nereligiozne (26%), odnosno, na one koje ne veruju (20%) i na one koje nemaju zvaničan stav prema religiji (6%). U prvoj grupi, religioznost se iskazuje na različite načine, među kojima dominira kritički odnos prema svojoj crkvi kao i to da vernice ne prihvataju sve što njihova vera uči (44%). Druge po brojnosti su vernice sklone dogmatskom mišljenju i prihvatanju svega onog što vera propisuje (24%). Na trećem mestu su nereligiozne koje uvažavaju religijska ubedenja drugih (14%). Četvrto, peto i šesto mesto dele obredne vernice, koje svoju religioznost iskazuju obredom, više u ponašanju nego u teoriji, one koje nisu sasvim sigurne da li veruju ili ne i one koje uopšte nisu religiozne (6%).

.....

17 Ponudeni varijeteti verovanja preuzeti su iz istraživanja Kuburić i Stojković iz 2003. godine. Ispitanice su se izjasnile kao religiozne u 74% slučajeva što je identično rezultatima empirijskih istraživanja religioznosti ženske populacije u Vojvodini i Srbiji (Kuburić, Stojković, 2004:334)

4.2. Odnos prema braku i deci

U ovom istraživanju odnos prema braku i deci ispitala sam preko pitanja: koliko su zajedno u vezi i preko njihove procene zadovoljstva partnerskom odnosima. Ispitivala sam i koliko sterilitet utiče na promenu odnosa među partnerima i procenu zadovoljstva partnerskim odnosima, oblik neplodnosti i koliko je partnerima važno da dobiju potomstvo.

Ispitanice su u braku/vezi sa partnerom u proseku 6,88 godina. Najkraće su dvogodišnje veze (5), a najduža 15 godina (1). Od ispitanica je traženo da ocene partnerske odnose na skali 1-9. Prosek zadovoljstva je veoma visok i iznosi 7,36. Ukupno 48% ispitanica smatra da im se odnosi nisu promenili od kada su se suočili sa problemom steriliteta, 24% da su se pogoršali, 18% nije moglo da proceni, a 10% smatra da su se odnosi poboljšali¹⁸.

Tabela 6. Procena važnosti rođenja deteta za ispitanicu i za partnera

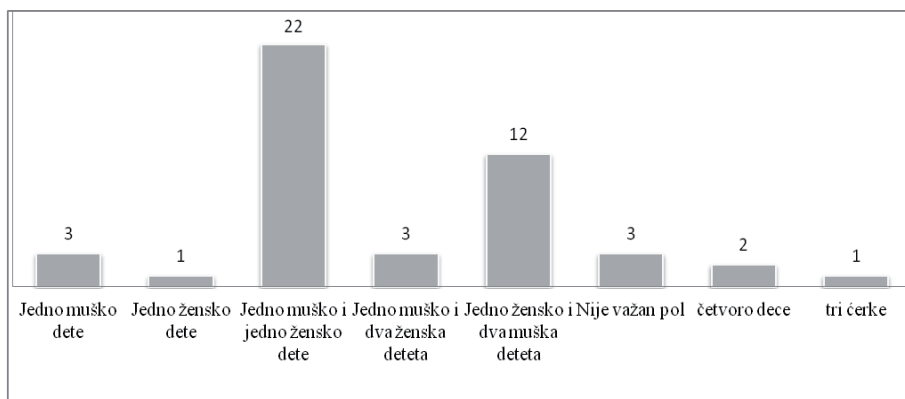
Žena			Partner		
Veoma važno	33	66%	Veoma važno	29	58%
Važno	16	32%	Važno	19	38%
Srednje	1	2%	Srednje	2	4%
Malo	0	0%	Malo	0	0%
Nimalo	0	0	Nimalo	0	0

Vrednovanje važnosti rođenja deteta za ispitanicu i partnera ponuđena je na skali od 1 do 5. Pošto se smatra da je jedan od najvažnijih preduslova za stabilnost bračne zajednice zajednička odluka o rađanju dece, ovo pitanje pokazuje važan uticaj steriliteta i njegovog lečenja na partnerske odnose. Ukupno 66% ispitanica je odgovorilo da im je veoma važno da se rodi dete, 32% smatra da je važno, a srednje je važno samo jednoj ispitanici (10 godina u braku, ovo je 4 VTO na inicijativu partnera). Ukupno 58% ispitanica

.....
18 Prosečna starost provorotki u Srbiji je 27,5 godina (RSZ, 2012). Ovaj podatak se slaže sa prosečnom starošću žena iz ispitivane grupe.

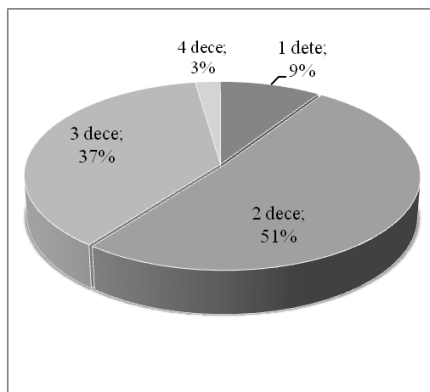
smatra da je njihovim parterima veoma važno da dobiju dete, 38% misli da im je važno, a srednje važno 4%.

U istraživanju sam pokušala da otkrijem koliko fertilna istorija majke i mišljenje o idealnom broju dece u porodici utiču na njihovu želju za detetom. Majke ispitanica u proseku imaju 2,28 dece, a imale su 23,4 godina kada su ih rodile. S obzirom na podatak da je 78% ispitanica rođeno kada su njihove majke bile mlađe od 25 godina, a da je prosečna starost ispitanica 34 godina, uočava se generacijsko pomeranje starosne granice u pitanjima sklapanja braka i odluke o roditeljstvu. Međutim, iako je fertilni period njihovih majki završen a ispitanice se još uvek nalaze u dobu kada imaju šansu da rode, jasno je da će ispitanice, čak i ako rode dete, imati manji fertilitet nego njihove majke.



Grafikon 2. Idealan broj i pol dece u porodici

Ukupno 22 ispitanice (44%) smatra da je idealan broj dece dvoje i to različitog pola. Dva dečaka i jednu devojčicu najpoželjnijim smatra 24% ispitanica. Četvoro dece idealnim smatraju 2 ispitanice a jedno dete njih 4.



Grafikon 3. Idealan broj dece

Da je idealno imati dvoje dece smatra 51%, a 37% ispitanica smatra da je idealno imati troje dece. U istraživanju Marine Blagojević „Roditeljstvo i fertilitet: Srbija 90- ih“ dobijeni su sledeći rezultati kod fertilnih žena s višom i visokom stručnom spremom: 53,7% želi 1 muško i 1 žensko, 13% želi 3 dece, 4 dece želi 8,5%, a 3,3% ispitanica želi 1 dete. Značajne razlike između fertilnih i neplodnih žena je u broju idealnog i mogućeg broja dece, najčešće razlike su izražene u želji za jednim i četvoro dece.

Koliko im je važno da imaju decu i kakav odnos imaju prema ženama koje su odlučile da ne rađaju proverila sam pitanjem otvorenog tipa: “Šta mislite o ženama koje ne žele da rađaju decu?”. Odgovor na postavljeno pitanje dalo je 19 ispitanica.

Ukupno 11 ispitanica misli da je to stvar ličnog izbora i slobodna odluka svake žene da odlučuje o svom životu koju treba poštovati:

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

Nekoliko ispitanica je pokazalo određeni stepen razumevanja za takvu vrstu odluke i dalo sledeći komentar:

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

Ukupno šest ispitanica nema razumevanja za ovakvu slobodu izbora i osuđuje žene bez dece:

- *Svako zna svoje, ali ja mislim da greše, deca su radost (36 godina, 2 VTO);*
- *Ne znaju da cene mogućnost rađanja (36 godina, 6 godina lečenja);*
- *Smatram da će se u toku života kad tad pokajati, samo što će onda verovatno biti kasno (32 godine, 1 VTO);*
- *Opravdavam ih jedino ako su bolesne (37 godina, 2 VTO);*
- *Kad pomislim kako se ja patim svo ovo vreme lečenja onda ih osuđujem (33 godine, 2 VTO);*
- *Ako mogu a ne žele, onda su sebične (30 godina, 1 VTO).*

4.3. Odnos ispitanica prema vantelesnoj oplodnji

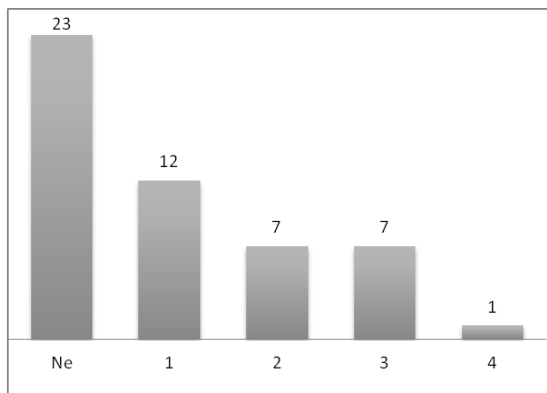
Istraživačke studije pokazuju da parovi u programima vantelesne oplodnje uglavnom imaju stabilne brakove, tj. skladne partnerske odnose i obostranu veliku želju za detetom (Savitz-Smith 2003; Thorsby i Gill 2004; Smidth i Hølesten 2005; Sydsj, 2005; Peterson 2012). Rezultati pokazuju da mnogi parovi ulaze u programe s nerealnim očekivanjima i nadom u siguran uspeh i odbijaju psihološko savetovanje i upoznavanje o statističkim verovatnoćama i ishodima jer im mogućnosti vantelesne oplodnje pružaju veru i nadu da će im tehnologija pomoći da postanu roditelji.

Danska studija iz 2001. godine na uzorku od 1400 parova i 12 meseci nakon vantelesne oplodnje pokazala je da je ovo iskustvo značajno uticalo na poboljšanje njihovih odnosa u braku, bez obzira da li je do trudnoće došlo ili ne. Unapređenje veštine komuniciranja i strategija za prevazilaženje prepreka identifikovani su kao snažni prediktori dobrih partnerskih odnosa (Šmidt, Hølesten 2005).



Grafikon 4. Uzrok neplodnosti

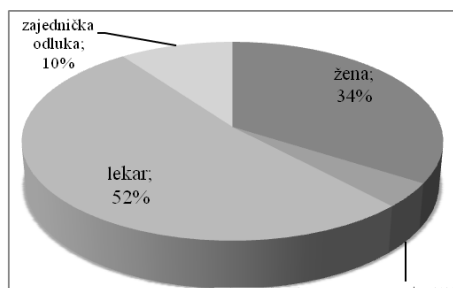
Iako statistike govore da je uzrok steriliteta podjednako podeljen između žena i muškaraca, 32 (64%) ispitanice je odgovorilo da one imaju problema sa začećem, a njih 10 (20%) da je uzrok neplodnosti subfertilnost partnera. Kod njih 6 (12%) uzrok nemogućnosti začeća je neotkriven. U slučaju 2 para, oba partnera imaju probleme.



Grafikon 5. Broj VTO pokušaja

Za 46% ispitanica ovo je prvi pokušaj VTO. Ukupno 24% je imalo jednu neuspešnu, po dve i tri VTO njih 7, a 1 ispitanica je do sada imala četiri neuspešne VTO. *(41 godina, ako ni sad ne uspe pokušaće ponovo, negativno odgovara na predloge donacije i usvajanja).*

Grafikon 6. Odluka o započinjanju programa VTO

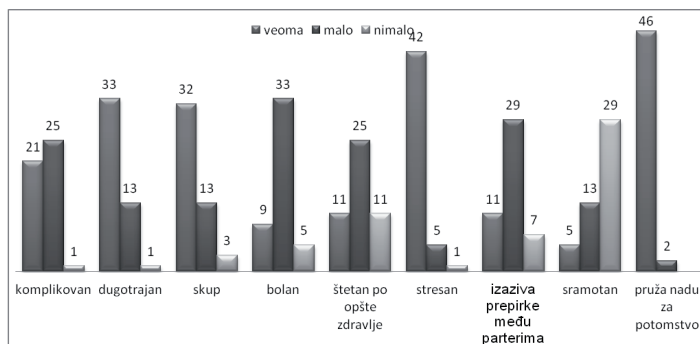


Ispitanice su u programu vantelesne oplodnje najčešće na predlog lekara (52%), a na ličnu inicijativu 34%.

10% ispitanica smatra da je odluka o postupku VTO doneta zajednički, a 4% su u programu na predlog partnera.

Šta ispitanice misle o vantelesnoj oplodnji predstavila sam u sledećem grafikonu.

Grafikon 7. Stavovi o vantelesnoj oplodnji



Da je postupak vantelesne oplodnje veoma komplikovan misli 21 ispitanica, 25 misli da je malo, a 1 da nije nimalo komplikovan. Ukupno 33 anketiranih žena smatra da postupak veoma dugo traje, da ne traje toliko dugo misli 13 žena, a 1 smatra da je kratak, što nam samo pokazuje da su ispitanice prilično nestrpljive i da bi u najkraćem mogućem roku želele da saznaju rezultate.

Da je vantelesna veoma skupa misle 32 žene, a 13 da je cena procedure odgovarajuća. Kao veoma bolnu, proceduru je ocenilo 9 ispitanica, a osrednje bolnu 33. Po 11 ispitanica smatra da je metoda veoma ili nimalo štetna, dok 25 misli da je šteta za organizam žene beznačajna.

Na pitanje o stresnosti programa dale su sledeći odgovor: veoma je stresan misle 42, malo stresan 5, da nimalo ne uzrokuje stres misli 1 ispitanica.

Mišljenja o konfliktima između partnera zbog vantelesne oplodnje: 29 misli da VTO ponekad može da izazove nesuglasice u partnerskim odnosima, 29 žena smatra da nimalo ne bi trebalo da se stide postupka, dok je za njih 5 VTO veoma sramotna metoda lečenja.

Rezultati analize stavova žena o vantelesnoj oplodnji koje sam uradila za diplomski rad 2007. godine identični su stavovima ispitanica iz ovog istraživanja.

Tabela 7. Da li verujete da će postupak VTO biti uspešan, da ćete roditi zdravo dete?

	BROJ	%
Da, potpuno verujem	20	40
Da, ali jako brinem	20	40
Nisam sasvim sigurna u pozitivan ishod	6	12
Ne verujem, previše strahujem	2	4
Total	48	100

Sama činjenica da su se odlučile da iskoriste mogućnosti medicinski potpomognute oplodnje dovela je do podatka da ovakva metoda njima pruža veliku nadu u roditeljstvo – 80% njih veruje da će uspeti da zatrudni i rodi zdravo dete.

Nijedna ispitanica nije zaokružila opciju da će pokrenuti postupak usvajanja deteta ukoliko ovaj pokušaj vantelesne oplodnje ne uspe, a 5 ispitanica je odlučilo da će prestati da pokušava sa VTO. Za ponovan postupak vantelesne oplodnje opredelila bi se 41 (82%) ispitanica, što je i opravdano s obzirom na to da je većini parova ovo prvi pokušaj.

Istraživanje među novosadskom studentskom populacijom ukazuje na veliko poverenje u medicinu i reproduktivne tehnologije. „Studenti su po-

kazali nizak nivo znanja o fertilnosti i problemima steriliteta a veliko poverenje u metode vantelesne oplodnje kao prve opcije u cilju formiranja porodice“ (Ivković 2013: 46).

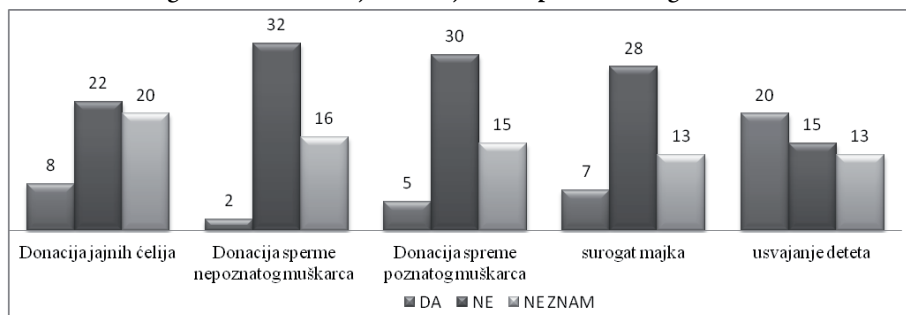
Od metoda vantelesne oplodnje odustaje 3 ispitanice:

- 35 godina, živi u gradu, III stepen stručne spreme, nezaposlena, Slovakinja, ateistkinja, lošeg materijalnog stanja. Osam godina u vezi s partnerom, do sada je imala jednu VTO zbog muške sterilnosti. Ne bi pristala ni na jedan oblik donacije, surogat, niti na usvajanje deteta. (SWLS 18),
- 29 godina, živi na selu, IV stepen stručne spreme, domaćica, Srпкиnja, vernica, lošeg materijalnog stanja. Pet godina u braku, ovo je druga VTO. Odnose u braku ocenjuje 8 (na skali 1-9). Ona je jedinica i smatra da je imati jednu devojčicu idealno za porodicu. Sterilitet je ženskog porekla. Piše da se uvek oseća neprijatno i diskriminisano zato što nema dece, da je manje vredna i objašnjava to rečenicom “kao da nisam dobra supruga”. Ne zamera ženama koje odluče da neće da rode. Na pitanje da li bi pristala na usvajanje zaokružuje – ne znam. Ostale metode negira. (SWLS 13);
- 40 godina, živi na selu, domaćica, Mađarica, deklarirana vernica, lošeg materijalnog stanja. Petnaest godina u braku, ima brata i sestru. Zadovoljna je odnosima u braku, veoma je važno i njoj i partneru da dobiju dete. Ovo joj je 4 VTO, nije je sramota ali ne veruje u pozitivan ishod jer previše strahuje. Jako teško doživljava sterilitet „u komšiluku svi imaju decu koja se igraju na ulici, svi me žale... svi misle da nerotkinje nisu prave žene.”(SWLS 17).

Sve tri ispitanice imaju SWLS skor ispod prosečnog.

U Zakonu o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja iz 2009. godine predviđene su mogućnosti donacije jajnih ćelija i semenih ćelija (član 40.), dok je surogat materinstvo zabranjeno (član 56). Pitala sam ih da li bi pristale da postanu majke na ovakav način.

Grafikon 8. Mogućnosti ostarivanje roditeljstva uz pomoć trećeg lica



Na pitanje da li bi pristale na donaciju jajnih ćelija u postupku VTO, 8 ispitanica je odgovorilo potvrdno (ženski sterilitet 6, muški 2), što je i najprihvatljivija opcija doniranja za njih. Ne bi prihvatilo donaciju njih 22, a 20 je neodlučno. Najviše odričnih odgovora (32) dobila je donacija sperme nepoznatog muškarca. Surogat trudnoću bi ugovorilo 7 žena. Ukupno 7 ispitanica bi pristalo na donaciju sperme (kod svih je zabeležena subfertilnost partnera).

Uzimajući u obzir podatke, ispitanice nisu spremne na opcije doniranja i surogata u cilju ostvarivanja roditeljstva. Jedino kod pitanja o usvajanju dece tri ponuđene opcije dobile su odgovore slične distribucije. U daljem tekstu detaljnije ću se baviti njihovim stavovima o usvajanju.

Tabela 8. Stavovi o surogat materinstvu prema broju pokušaja VTO

Surogat materinstvo	Da li ste do sada pokušavali sa metodama vantelesne oplodnje?					Total
	Ne	1	2	3	4	
Da	7 14,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 14,6%
Ne	9 18,8%	10 20,8%	4 8,3%	5 10,4%	0 0,0%	28 58,3%
Ne znam	5 10,4%	2 4,2%	3 6,2%	2 4,2%	1 2,1%	13 27,1%
	21 43,8%	12 25,0%	7 14,6%	7 14,6%	1 2,1%	48 100,0%

Ispitanice koje bi se odlučile za usvajanje deteta rođenog od strane druge žene (7), do sada nisu imale iskustvo vantelesne oplodnje.

Tabela 9. Stavovi o usvajanju prema broju pokušaja VTO

Usvajanje	Da li ste do sada pokušavali sa metodama vantelesne oplodnje?					Total
	Ne	1	2	3	4	
Da	15 31,2%	0 0,0%	5 10,4%	0 0,0%	0 0,0%	20 41,7%
Ne	3 6,2%	9 18,8%	0 0,0%	3 6,2%	0 0,0%	15 31,2%
Ne znam	3 6,2%	3 6,2%	2 4,2%	4 8,3%	1 2,1%	13 27,1%
Total	21 43,8%	12 25,0%	7 14,6%	7 14,6%	1 2,1%	48 100,0%

Stepen stručne sprema nije značajan za odluku o usvajanju dece, ali sve ispitanice koje imaju doktorat odgovorile su afirmativno o usvojenju. Od 20 ispitanica koje bi usvojile dete, njih 5 je do sada imalo po dve neuspele vantelesne oplodnje, dok je za njih 15 ovo prva VTO.

4.4. Motivacija za materinstvom

Motivacija za materinstvom istraživana je uz pomoć skale stavova Likertovog tipa koju su konstruisali Lengridž i saradnici za potrebe istraživanja motivacije za roditeljstvom 2000. godine u Velikoj Britaniji. Ispitanice su imale zadatak da na ponuđenih 29 stavova o deci procene stepen slaganja sa svakom tvrdnjom na skali od 1 do 5.

Ukupno 21 tvrdnja izražava afirmativne stavove zbog kojih bi trebalo postati majka – pronatalni stavovi, a 8 stavova mere finansijsku, psihološku i društvenu cenu roditeljstva – antinatalne stavove.

Stavove sam u skladu s radom Kasidi i Sintrovani (2008) podelila u nekoliko grupa motiva:

- **Motivi kontinuiteta (K - continuity)** – stavovi kojima se meri motivacija za produžetkom porodične loze i obezbeđivanjem kontinuiteta porodice;
- **Motivi nege i odgoja (N - nurturance)** – stavovi kojima se meri lična potreba da se ima i odgaja dete i materinska želja da se dete voli i brine o njemu;
- **Motivi odnosa (R - relationship)** – stavovi kojima se meri motivacija da se uspostavi i održi veza za partnerom, formira porodica i dele roditeljske uloge;
- **Motivi identiteta (I - identity)** - mere ženski identitet koji je povezan s materinstvom i vrednošću te uloge;
- **Motivi pritiska društvene sredine (S - social pressure)** - mere motive koji su zasnovani na uticaju društvene sredine, porodice i prijatelja i rađanja kao očekivane ženske rodne uloge;
- **Materijalistički motivi (M - materialism)** - merenje materijalističkih vrednosti deteta i potencijalnih koristi koje majka od njih može dobiti.

Tabela 10. Srednje vrednosti motiva kod ispitivane i kontrolne grupe

		<i>Grupa motiva</i>	<i>Ispiti- vana grupa VTO</i>	<i>Kon- trolna grupa Trud- nice</i>	<i>p<0,05</i>
1.	Pružila bih detetu pravi dom	K	4,89	4,86	,822
2.	Želim detetu da pružim ljubav i pažnju	N	4,88	4,86	,799
3.	Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija s detetom	N	4,85	4,76	,438
4.	Dete će biti nešto što je deo nas oboje	R	4,81	4,48	,038
5.	Podizanje deteta bi me ispunilo	N	4,79	4,42	,004
6.	Želim da osetim ljubav od strane deteta	N	4,79	4,18	,002
7.	Mojoj porodici bi bilo drago da ja imam dete	S	4,72	4,54	,222
8.	Želim da zasnujem pravu porodicu	R	4,64	4,48	,235
9.	Želja za detetom je biološki urođena	I	4,47	4,32	,301
10.	<i>Podizanje deteta donosi ogromnu odgovor- nost</i>	<i>N</i>	4,35	3,69	,052
11.	Želim da detetu prenesem životno iskustvo	K	4,27	4,56	,078
12.	Bilo bi zabavno imati dete u kući	N	4,14	4,22	,836
13.	Većina ljudi želi decu	S	3,83	4,00	,603
14.	<i>Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama</i>	<i>N</i>	3,79	3,18	,030
15.	Dete će mi pružiti cilj u životu	K	3,75	3,96	,466
16.	Želim dete jer želim da dam lični doprinos budućim naraštajima	K	3,68	3,24	,092
17.	Želim dete jer želim da doprinesem budućnosti	K	3,64	3,22	,065
18.	Želim dete jer bi mom partneru bilo drago da ja imam decu	R	3,60	3,26	,263
19.	Dete donosi puno obaveza	M	3,43	3,14	,173
20.	Dete će brinuti o meni kad ostarim	M	3,37	3,2	,418

21.	Želim dete da bi se nastavila porodična loza	K	3,35	3,06	,277
22.	Dete učvršćuje vezu s partnerom	R	3,16	3,42	,333
23.	<i>Dete donosi finansijske probleme</i>	M	2,56	2,46	,650
24.	<i>Dete ograničava slobodno vreme</i>	M	2,47	2,52	,738
25.	<i>Dete ograničava vreme s partnerom</i>	R	2,29	2,56	,348
26.	Želim dete zbog svojih verskih uverenja	S	2,27	2,2	,829
27.	<i>Briga o detetu bi bilo psihičko opterećenje za mene</i>	N	2,00	1,72	,173
28.	<i>Dete bi bila prepreka za moju karijeru</i>	S	1,64	1,47	,594
29.	<i>Moj partner ne želi dete</i>	R	1,39	1,44	,741

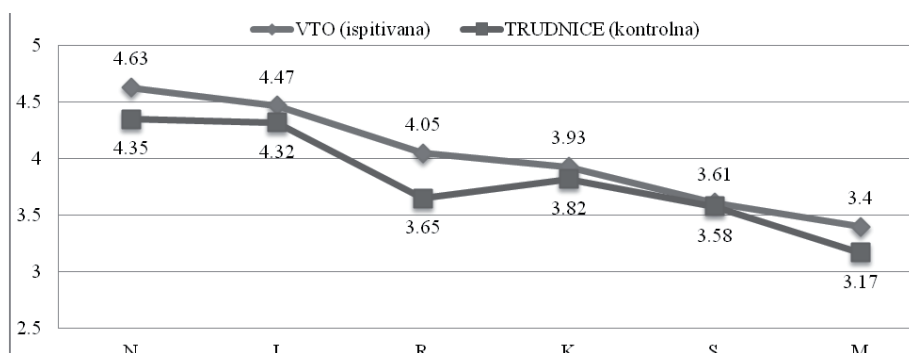
Najsnažniji motiv za rađanjem i kod ispitivane (4,89) i kod kontrolne grupe (4,86) žena izmeren je kod tvrdnje “Pružila bih detetu pravi dom” koja pripada grupi “K” motiva, koji mere motivaciju za produžetkom porodične loze, tj. obezbeđivanje kontinuiteta porodice.

Ova činjenica ukazuje na to daje dominantan zahtev za rađanjem, usvojen kod obe grupe ispitanica, proizveden od strane patrijarhata Na drugom i trećem mestu i kod ispitivane i kod kontrolne grupe su stavovi iz “N” grupe motiva “Želim detetu da pružim ljubav i pažnju” (4,88 i 4,86) i “Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija s detetom” (4,85 i 4,76). “N” stavovi kojima se meri lična potreba da se ima i odgaja dete i materinska želja da se dete voli i brine o njemu, pokazuju nam da ispitanice smatraju da oni odgovaraju njihovoj ženskoj prirodi.

4.4.1. Analiza srednjih vrednosti po grupama motiva

U sledećem delu rada predstaviću dobijene rezultate i komentare na grupe motiva.

Grafikon 10. Grupe afirmativnih motiva za rađanjem prema veličini srednje vrednosti



A) Analiza grupa motiva

a) "N" grupa motiva

Najveće prosečne vrednosti kod grupa afirmativnih motiva su motivi kojima se meri lična potreba da se ima dete i materinska želja za odgajanjem "N" – 4,63. Među ovim motivima najveću vrednost imaju stavovi "Želim detetu da pružim ljubav i pažnju" (4,88) i stav "Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija sa detetom" (4,85). Treće i četvrto mesto (4,79) imaju stavovi "Podizanje deteta bi me ispunilo" i "Želim da osetim ljubav od strane deteta".

Dva N stava koja se odnose na psihičko opterećenje u vezi sa zdravljem i brigom o detetu ("Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama" i "Briga o detetu bi bilo psihičko opterećenje za mene") razlikuju se između ispitivane i kontrolne grupe ispitanica u smislu da se VTO ispitanice više plaše za zdravlje deteta, a obe grupe ne smatraju da rođenje i odgoj deteta ima visoku psihološku cenu.

S obzirom na podatak iz istraživanja na studentskoj populaciji iz 2005. godine da 62.5% studentkinja smatra da "žena mora da ima decu da bi bila ispunjena" (Bjelica i Kapor Stanulović 2005: 147) zaključujem da će usvojeni rodni režim žena = majka i u budućnosti biti jednako vrednovan.

b) "I" grupa motiva

Stav "Želja za detetom je biološki urođena" koji meri motiv ličnog identiteta žene u ulozi majke (I) ima srednju vrednost od 4,47 kod žena u ispitivanoj i 4,32 u kontrolnoj grupi.

Ukupno 29 (61%) VTO ispitanica se u potpunosti slaže sa ovim stavom, 14 (29%) se uglavnom slaže, a 4 (8%) ispitanica je neodlučno. Samo jedna ispitanica je odgovorila da se uglavnom ne slaže sa ovim stavom (35 godina, visoko obrazovana, srednje joj je važno da rodi dete, sterilitet doživljava "kao gnjavažu", ovo joj je 4 VTO, pokušaće ponovo, SWLS 34).

Kod trudnica se sa ovim stavom u potpunosti slaže 29 (58%), uglavnom 12 (24%), neodlučnih je 6 (12%), uglavnom se ne slaže 2 (4%) i uopšte se ne slaže 1 (2%) ispitanica.

Poistovećivanje identiteta žene s njenom reproduktivnom funkcijom je i dalje dominantno u stavovima kod ispitivanih žena i ukazuje na to da je kod naših žena motivacija za rađanjem biološkog tipa kao posledica duboko usađenog tradicionalističkog shvatanja rodni uloga i identiteta o ženi i njenom telu.

c) "R" grupa motiva

Motivacija da se uspostavi i održi veza za partnerom, formira porodica i dele roditeljske uloge (R), merena je sa 6 stavova.

Kod VTO ispitanica srednja prosečna vrednost pozitivnih stavova od 4,05 govori o visoko vrednosnim motivima za uspostavljanje partnersko-roditeljskih odnosa. Najveću vrednost od 4,81 ima stav "Dete će biti nešto što je deo nas oboje" koji zauzima visoko četvrto mesto u ukupnoj lestvici motiva, a sledi ga stav "Želim da zasnujem pravu porodicu" sa 4,64. Prosečne vrednosti od 3,6 i 3,16 imali su stavovi da bi "Partnerima bilo drago da imaju decu" i da "Dete učvršćuje vezu sa detetom". Kod trudnica su jedino

prosečne srednje vrednosti više u stavu "Dete učvršćuje vezu sa partnerom", nego kod VTO žena. U ovoj grupi motiva najveća je razlika između srednjih vrednosti VTO - 4,05 prema 3,65 kod trudnica. Ovaj podatak objašnjavam činjenicom da će trudnice u najskorije vreme rođenjem deteta uspeti da formiraju porodicu i postanu majke za razliku od VTO žena, kojima je vantelesna oplodnja način da ostvare svoje aspiracije ka materinstvu i porodici.

d) "K" grupa motiva

Stavovi koji mere motivaciju za produžetkom porodične loze i obezbeđivanje kontinuiteta porodice zauzeli su peto mesto u grupi VTO žena sa 3,93. Najviši skor (4,89) ima stav "Pružila bih detetu pravi dom". Potom slede motivi o prenošenju životnog iskustva i stav da dete daje smisao životu i budućnosti. Najniže ocenjena u ovoj grupi motiva je želja da se nastavi porodična loza sa 3,35. Kod grupe trudnica redosled „K“ stavova prema srednjim vrednostima je identičan.

e) „S“ grupa motiva

Sa 3,6 ocenjena je grupa motiva S koji mere pritisak okoline: porodice i prijatelja i rađanja kao dela rodne uloge. Izuzetno su visoko rangirani motivi "Mojoj porodici bi bilo drago da ja imam dete" sa 4,72, i "Većina ljudi želi decu" sa 3,83. Stav s kojim se najviše ispitanica u potpunosti ne slaže (21) je "Želim dete zbog svojih verskih uverenja" i ima srednju vrednost od 2,27. Ovo je ujedno i najniže rangiran stav koji označava motiv zbog kojeg bi trebalo imati decu, iako 74% ispitanica sebe smatra religioznim. Ovaj podatak je u skladu sa istraživanjima koja su pokazala da stepen religioznosti ne igra veliku ulogu kod ljudi koji su u programu vantelesne oplodnje, jer i u slučajevima kada ispitanici izražavaju visok stepen religioznosti, ne brinu previše za zvaničan crkveni stav po pitanju ostvarivanja roditeljstva na ovaj način (Šenker, 2005:310).

f) "M" grupa motiva

Dva "M" stava su bila ponuđena u cilju merenja materijalističkih vrednosti deteta i potencijalnih koristi koje majka od njih može dobiti. Stavovi "Dete

donosi puno obaveza” i “Dete će brinuti o meni kada ostarim” imaju približno iste srednje vrednosti sa 3,43, odnosno 3,37 kod ispitivane grupe žena, dok je u grupi trudničke populacije nešto niži skor. Ova grupa motiva ima najnižu prosečnu srednju vrednost kod obe grupe ispitanica.

B) Analiza statističke značajnosti srednjih vrednosti dva nezavisna uzorka t - test

U cilju analize razlike između srednjih vrednosti motiva kod VTO ispitanica i trudnica uradila sam Studentov t-test za dva nezavisna uzorka pomoću kojeg sam želela da saznam da li postoji razlika u motivaciji za materinstvom kod ove dve grupe žena. Rezultati t-testa predstavljeni su u tabeli 9. Samo kod srednjih vrednosti kod 5 od 29 stavova postoji statistički značajna razlika između srednjih vrednosti kod dve grupe žena i to:

- “R” - Dete će biti nešto što je deo nas oboje ($p = 0,038$)
- “N” - Podizanje deteta bi me ispunilo ($p = 0,004$)
- “N” - Želim da osetim ljubav od strane deteta ($p = 0,002$)
- “N” - Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama ($p = 0,030$)
- “N” - Podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost ($p = 0,052$)

Kod svih pet stavova srednja vrednost prihvatanja stava je veća kod VTO žena, što govori da je osećanje želje za detetom veća kod afirmativnih stavova, a da je strah da se ima dete sa anomalijama izraženiji kod žena koje nisu imale problem da zatrudne (iako trudnice imaju realniji razlog za strah). Sva tri afirmativna stava, kod kojih postoji statistički značajna razlika, generalno su visoko rangirana kod obe grupe ispitanica.

C) Analiza motiva koji mere ekonomsku i socijalno-psihološku cenu materinstva

Posebno su zanimljivi rezultati koje su ostvarili motivi koji mere psihološku, finansijsku i socijalnu cenu roditeljstva.

Tabela 11. Motivi koji mere ekonomsko i socijalno-psihološku cenu roditeljstva

Stav	VTO žene Srednja vrednost	TRUDNICE Srednja vrednost
Podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost	4,35	3,69
Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama	3,79	3,18
Dete donosi finansijske probleme	2,56	2,46
Dete ograničava slobodno vreme	2,47	2,52
Dete ograničava vreme sa partnerom	2,29	2,56
Briga o detetu bi bila psihičko opterećenje za mene	2,0	1,72
Dete bi bila prepreka za moju karijeru	1,64	1,47
Moj partner ne želi dete	1,39	1,44

Među ovim stavovima najveću srednju vrednost ima izjava da podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost, ali ovaj stav ne mora nužno da znači da zbog toga ne bi trebalo imati decu. Strah od rođenja deteta sa anomalijama je visoko kotiran sa 3,79.

Zaključujem da finansijski problemi, ograničavanje slobodnog vremena i napredovanje u karijeri kod žena koje su u programu VTO ne predstavljaju razloge zbog kojih ne bi trebalo imati decu.

Na osnovu merenja srednjih vrednosti motiva i njihove grupne analize zaključujem da su najsnažiji motivi za materinstvom kod žena koje su uključene u postupak vantelesne oplodnje motivi kojima se iskazuje lična potreba da se ima dete i materinska želja da se dete voli i brine o njemu, što odgovora grupi alturističkih motiva prema Rejbinu.

Takođe, izuzetno snažan motiv je i majčinstvo kao dokaz ženskog identiteta i stav o postojanju materinskog instinkta i biološko-reproduktivne funkcije žene.

Motivi koji ukazuju na značaj deteta u braku i u partnerskim odnosima potvrđuju i visoko privučeni stavovi o zasnivanju “prave porodice” i imanju svog deteta “koje će biti deo nas oboje” (skor 4,81).

Poslednji po važnosti su motivi kojima se meri obezbeđivanje naslednika, pritisak okoline i materijalistička dobit imanja dece, te zaključujem da su ovi tradicionalistički motivi najmanje važni kod obe grupe ispitanih žena.

Podaci o vrsti motivacije za materinstvom govore o snažnoj želji za detetom koja je prvenstveno altruističke prirode sa snažim uticajem polnog i rodnog identita i društvenog zahteva za rađanjem. Religija nema veliku ulogu na odluku o rađanju, a visoka ekonomska i psihološko-emocionalna cena materinstva u periodu društveno-ekonomske krize za ispitanice nisu barijere za rađanje.

Motivi „za rađanje“ koji dominiraju kod žena koje su uključene u program VTO, motivi su koji mere ličnu želju za odgojem dece i identifikaciju uloga žene sa ulogom majke. Na motivaciju za materinstvom najmanje utiču pritisak okoline i instrumentalistički motivi „koristi od dece u budućnosti“. Motivi kojima se meri produženje loze, kao jedan od motiva koji dominira među muškom populacijom (Kuburović 2003: 44) je srednje važan za ispitanice.

Na osnovu toga zaključujem da tradicionalistički motivi za rađanjem kao smislom života gube na važnosti kod žena, ali je orijentacija prema bračnosti i deci i dalje veoma visoko vrednovana. Rađanje je za njih prirodan sled u životu, posle školovanja, zaposlenja i braka. Nedostaje im dete da bi bile ispunjene.

Na osnovu svega navedenog, motivaciju za materinstvom žena koja se bore sa sterilitetom definišem kao hegemonu, prelaznu, koja ima odlike i tradicionalne i moderne vrednosne orijentacije.

Motivacija za roditeljstvom kod žena koje su u postupku vantelesne oplodnje, ne razlikuje se od trudničke populacije, tj. od žena koje nisu imale nikakav problem da zatrudne.

4.5. Diskriminacija, status nerotkinje i emocionalni doživljaj steriliteta

Na 4 pitanja otvorenog tipa o diskriminaciji odgovorilo je 38 ispitanica, dok njih 12 nije dalo nijedan odgovor na ova pitanja. Odgovore koji su dali dragocene podatke o emocionalnom doživljaju steriliteta i diskriminaciji, obradila sam analizom sadržaja.

4.5.1. Diskriminacija

Pet ispitanica navodi da osećaju diskriminaciju, dok samo jedna negira diskriminaciju.

Diskriminacija na radom mestu:

- *na poslu, zbog nerazumevanja i namernog emotivnog povređivanja (radi u državnom sektoru, 7 godina u braku),*
- *na poslu sam radila duže, i subotom, za razliku od žena koje imaju malu decu (nezaposlena, 3 VTO),*
- *u vidu stalnog zapitkivanja okoline “Kada će to da se desi?“, od moje 28 godine do dana današnjeg (34) i u obliku neukusnih komentara kolega u preduzeću u kojem sam radila (radi u privatnom sektoru).*

Diskriminacija od okoline:

- *u komšiluku svi imaju decu koja se igraju na ulici, sve žene me žale (40 god, živi na selu, 15 godina u braku),*
- *da, od strane suprugove porodice (36 god, 3 VTO, 10 godina u braku, zaposlena, veoma važno da se rodi dete i njoj i partneru, odnosi u braku su se promenili na gore od kada leče sterilitet).*

4.5.2. Status nerotkinja u našem društvu

Na pitanje: „Kakav status u našem društvu imaju žene nerotkinje?“, odgovore, koje navodim, dalo je 10 ispitanica:

- *manje su vredne, nažalost,*
- *jako loš,*
- *loš kao i sve ostale žene,*
- *ljudi me često žale ili potcenjuju,*
- *jako loš, svi misle da nismo prave žene,*
- *u selu lošiji nego u gradu,*
- *status manje vrednosti,*
- *zavisí kakvu fasadu postave prema okruženju. Žene koje uspevaju da ostave utisak da im to nije jedini cilj u životu, uglavnom nemaju mnogo problema sa provokacijama kao da su manje vredne.*

Od toga je samo jedna ispitanica napisala: “U mom okruženju se žene sa decom ili bez isto tretiraju” (38 god, 4 VTO, zaposlena, visoko obrazovana, živi u gradu).

Ispitanice su uglavnom povezivale loš status u društvu s pitanjem identiteta žene kao majke koji je dominantan u društvu (“nismo prave žene” i “manje vredne”).

4.5.3. *Doživljaj steriliteta*

Na pitanje kako doživljavaju sterilitet 17 žena je napisalo kako se osećaju. Dve sterilitet vide kao bolest, šest sterilitet posmatra kao prepreku i borbu u ostvarivanju cilja - materinstva (*“relativno rešiv problem”, “kao prepreka”, “kao borba iz koje možemo izaći kao pobednici”, “kao nešto što se upornošću prevazilazi”, “kao stanje koje se može prevazići i fazu kroz koju danas prolazi, nažalost, sve veći broj ljudi ali koja se, na sreću, može završiti pozitivnim ishodom”*).

Četiri ispitanice su izjednačile sterilitet sa stresom (*“Sterilitet doživljam kao bolnu i stresnu stvar u životu o kojoj retko pričam”, “Stresno, nemoćno”*).

O emocijama su pisale dve ispitanice.

- *“tužna sam ali ne želim da život stane zbog toga”,*
- *“za mene lično to je prilično velika trauma, najviše zato što nisam očeki-*

vala da ću imati toliko problema. Do pre par godina sam imala utisak da to gotovo svakome uspeva, sad vidim da nije tako. Mislim da je stvar vremena kada ću se navići na svoj problem, kao i većina drugih ljudi koji imaju zdravstvenih problema.”

I poslednja ispitanica je sterilitet izjednačila sa ulogom supruge koja nije uspela da ostvari ulogu majke – kao da nisam dovoljno dobra supruga”.

4.6. Analiza skale procene zadovoljstva životom

Zadovoljstvo životom je mereno pomoću SWLS skale koja je konstruisana 1985. godine. SWLS je kratka skala od 5 izjava koja je konstruisana sa ciljem da meri globalne kognitivne stavove o životnom zadovoljstvu. Skala ne meri zadovoljstvo određenim aspektima života, kao što su finansije ili zdravlje, već dozvoljava osobi da integriše i izvaga ove domene na način na koji joj najviše odgovara na skali od 1 do 7. Sve ispitanice su popunile skalu.

Tabela 12. Skala procene zadovoljstva životom (SWLS skala)

<i>Skor</i>	Ispitivana grupa VTO ŽENA	Kontrolna grupa TRUDNICE
	N=50; SD=6,38	N=50; SD=6,78
30 - 35; veoma visok	5 (10%)	7 (14%)
25 - 29; visok	14 (28%)	19 (38%)
20 - 24; prosečan	15 (30%)	7 (14%)
15 - 19; ispod proseka	10 (20%)	9 (18%)
10 - 14; nezadovoljne	6 (12%)	8 (16%)
Srednja vrednost	22,76	24,48

U ispitivanoj grupi najveći procenat ispitanica (30%) ima skor od 24 – 29 što se smatra prosečnim skorom na skali procene zadovoljstva životom, što znači da su generelno zadovoljne životom, ali postoje neke oblasti koje zahtevaju poboljšanje. Visok i izuzetno visok nivo zadovoljstva ima ukupno 38% ispitanica, dok 32% ispitanica ima skor ispod proseka, što ukazuje na važnost psihološkog savetovanja kod žena koje se leče od steriliteta (Savic

Smit 2003, Piterson 2007, Stark 2011).

Ukupno 38% trudnica ima visok nivo zadovoljstva životom, a 14% veoma visok. Prosečno su zadovoljne u 14% slučajeva, a ispod proseka i nezadovoljnih ima 34%. Srednja vrednost procene zadovoljstva životom je niža kod žena u postupku vantelesne oplodnje i iznosi 22,76 u odnosu na trudnice koje su ostvarile prosečan skor od 24,48. Ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom između ove dve grupe ispitanica ($p = 0,195$).

4.7. Rezultati metode intersekcionalnosti

Za analizu i interpretaciju podataka koristila sam metodu intersekcionalnosti. Metoda intersekcionalnosti je feministička metoda kojom ukrštanjem kategorija identiteta, otkrivamo nove forme i varijetete predmeta istraživanja i elemente višestruke diskriminacije.

U tabeli broj 13. predstavila sam višestruke identitete neplodnih žena i prosečne vrednosti rezultata istraživanja na osnovu kojih sam napravila profil žene koja se bori s neplodnošću i želi da postane majka uz pomoć biotehnologije.

Tabela 13. Profil neplodne žene

IDENTITET/KATEGORIJA	VARIJETET
Godine	34
Mesto stanovanja	Grad
Obrazovanje	Srednje
Radni status	Zaposlena u državnom preduzeću
Etnicitet	Srpska
Veroispovest	Pravoslavna
Religioznost	Da, 74%
Seksualno opredeljenje	Heteroseksualno
Brak	6,88 godina
Zadovoljstvo brakom	7,36/10

Dete	Veoma važno
Idealan broj i pol dece	2 (muško i žensko)
Zdravlje	Sterilitet
Uzrok neolodnosti	Ženski
Broj VTO	1
Odluka o VTO	Lekar
Veruje u VTO	80%
Kvalitet VTO	Nada
Ponoviti VTO	Da (81%)
Donacije jć, sperme, embrioma	Ne
Usvajanje	40%
Motivacija za materinstvom	altruistička
Diskriminacija	Da
SWLS skala	22,76/35

Koristila sam interkategorijski metodološki pristup i došla do sledećih rezultata.

Prosečna ispitanica koja je uključena u program vantelesne oplodnje ima 34 godine, završenu srednju školu, živi u gradu. Ona je religiozna, srpsko-pravoslavne veroispovesti. Zaposlena je u državnom preduzeću i prosečnog materijalnog stanja. U braku je ili partnerskoj vezi skoro 7 godina. Zadovoljna je partnerskim odnosima i životom. Misli da je idealan broj dece jedno muško i jedno žensko dete.

Prema poslednjem Popisu stanovništva iz 2011. godine, žene u Srbiji u starosnoj grupi od 30-39 godina imaju 1,89 dece. Jedino što prosečnu ispitanicu razlikuje od prosečne 34-godišnje žene u Srbiji je to što ona nije rađala. Jedna je od 7,67% udatih žena koja nije majka. Jedna je od 25.641 udate žene u Srbiji te starosne grupe koja nema dece.

Prosečna ispitanica veoma želi da postane majka. Isto tako procenjuje da i njen partner u istoj meri želi dete.

Ona se prijavila za program vantelesne oplodnje na predlog lekara. U proseku po prvi put. Vantelesna oplodnja za nju je veoma stresna i komplikovana metoda ali je nije sramota što pokušava da postane majka na taj način

i veoma veruje u uspeh medicine koja će joj pomoći da postane majka. Ne brinu je eventualna štetnost i rizici ove metode i lekova koje uzima u cilju stimulacije ovulacije.

Iako im je „majka priroda“ napravila prepreku, 80% ispitanica veruje da će uspeti da zatrudni i rodi zdravo dete. Statistika Evropskog udruženja za humanu reprodukciju i embriologiju kaže da hoće njih oko 30%-50%.

Ima pozitivan stav prema tehnologijama asistiranе oplodnje, ali bez uključivanja trećih lica u proces reprodukcije. Želi dete isključivo sa svojim partnerom. Ne želi donaciju sperme, jajnih ćelija, niti usluge surogata majke.

„...etičke dileme su pre svega usmerene u intimnom razjašnjavanju odnosa okoline prema njoj, neizvesnost i zbog budućeg odnosa supruge prema njenoj trudnoći, zabrinutosti za ishod trudnoće, kao i njenog a pre svega suprugovog odnosa prema detetu koje će biti rođeno“ (Bujas 1994: 114). Etičke dileme žene iz 90-ih aktuelne su i danas.

Smatra da je položaj žene nerotkinje u našem društvu loš, da su manje vredne. Često se o nerotkinjama piše u drugom licu, kao da su te nerotkinje neke druge, a ne one. Diskriminaciju oseća i na poslu i od strane okoline, međutim, polovina njih koje su dale komentar o ženama koje su odlučile da ne rađaju, ne odobrava njihovu odluku.

S obzirom na to da je u našoj zemlji izuzetno velika frekvencija pacijenata i pacijentkinja u programima VTO na državnim klinikama (oko 550 u Novom Sadu na godišnjem nivou), edukacija parova za VTO zahteva promenu od uniformnog medicinskog pristupa pacijentima i pacijentkinjama ka individualnom pristupu, konsultacijama i lečenju pacijenata po orijentaciji – fokus je na pacijentu/pacijentkinji. U istraživanju koje sam sproveda 2007. godine oko 90% ispitanica ima veliko poverenje u stručnost tima za VTO, ali 40% smatra da ne dobija dovoljnu količinu informacija, ili su im te informacije često nedovoljno jasne. Isto tako, oko 90% njih skoro svakodnevno traži dodatne informacije na internetu – članice su foruma na temu neplodnosti. Stoga, smatram da im je neophodno napraviti Vodič kroz vantelesnu oplodnju koji će biti napisan na svim jezicima nacionalnih manjina rodno osetljivim jezikom.

Shodno tome da su istraživanja pokazala da i nekoliko godina posle neus-

pele vantelesne oplodnje žene osećaju da je neplodnost i dalje centralni deo njihovog života te da i dalje postoji nada da će doći do trudnoće, (Johanes i Berg 2005: 60) od velike važnosti je i upoznavanje para sa rizicima, komplikacijama i relevantnim procentima uspešnosti metode, koji će mu omogućiti realno sagledavanje situacije u kojoj se nalazi i suočavanje sa eventualnim neuspehom. Ovaj biopsihosocijalni pristup naglašava pokušaj integracije više disciplina u koncept zdravlja žena izvan tradicionalnog shvatanja reproduktivnog zdravlja (Karlson 2000: 219).

Isto tako, veoma je značajno da žene i njihovi partneri koji su odlučili da pokušaju da se ostvare u roditeljskim ulogama uz pomoć modernih tehnologija, budu rodno senzitivno edukovani o svim aspektima vantelesne oplodnje ali i o alternativnim načinima formiranja porodice.

5. ZAKLJUČAK

Primena asistiranih reproduktivnih tehnologija u Srbiji je regulisana Zakonom o BMPO na tradicionalan i patrijarhalan način, za razliku od zemalja u kojima su dozvoljene donacije sperme, jajnih ćelija i embriona, postoji surogat materinstvo a ART se koriste kod istopolnih partnerskih zajednica i kod žena bez partnera (Kovaček-Stanić, 2010; Bordaš, 2012; Kandić Popović, 2012). Država se nedvosmisleno zalaže za pronatalnu populacionu politiku, ali ujedno propisuje poželjne načine i modele za njeno ostvarivanje. Propisi kojima je BMPO regulisana su diskriminatorni i zbog toga ih je potrebno menjati, kao jedan od važnih koraka ka poboljšanju položaja osoba sa problemom neplodnosti.

Dobijeni rezultati o vrsti motivacije za materinstvom žena kod koje su u postupku vantelesne oplodnje svedoče o snažnoj želji za detetom koja je prvenstveno altruističke prirode sa odlikama snažnog polnog i rodnog identiteta i društvenog zahteva za rađanjem. Motivi „za rađanje“, koji dominiraju kod žena koje su uključene u program VTO, su motivi koji mere ličnu želju za odgojem dece i identifikaciju uloge žene sa ulogom majke. Norma poistovećivanja identiteta žene sa njenom reproduktivnom funkcijom i dalje dominira u stavovima kod ispitivanih žena i ukazuje na to da je kod ispitanica motivacija za rađanjem biološkog tipa koja se javlja kao posledica usvojenog tradicionalističkog shvatanja rodnih uloga i identiteta o ženi i njenom telu jer rezultati pokazuju da 80% ispitanica koje su u programu vantelesne oplodnje veruje da će uz pomoć modernih reproduktivnih tehnologija uspeti da zatrudni i rodi zdravo dete. Međutim, kod njih je, više nego u trudničkoj populaciji, izraženije osećanje straha da će roditi dete sa anomalijama i u većini slučajeva su svesne rizika po opšte zdravlje koje vantelesna oplodnja može da uzrokuje.

Prema rezultatima istraživanja, na motivaciju za materinstvom najmanje utiču pritisak okoline i instrumentalistički motivi ali ispitanice i dalje osećaju višestruku diskriminaciju, i na radnom mestu i u neposrednom okruženju, što znači da biti neplodna žena u Srbiji i dalje donosi brojne negativne socijalne i psihološke posledice. Primeri diskriminacije koje su ispitanice navele manifestuju se u različitim oblastima društvenog života, i posledično

utiću, sa jedne strane na pojavu osećanja manje vrednosti, niskog samopoštovanja, neispunjenosti i sažaljenja od strane okoline, i na primer zahteva poslodavaca da rade duže, jer nemaju porodičnih obaveza, sa druge strane.

Stoga je motivacija za materinstvom žena koje se bore sa sterilitetom hegemonna jer ujedno sadrži odlike i tradicionalne i moderne vrednosne orijentacije a motivacija za roditeljstvom kod žena koje su u postupku vantelesne oplodnje ne razlikuje se od motivacije trudničke populacije, tj. od žena koje nisu imale nikakav problem da zatrudne. Tradicionalističko shvatanje porodice kod ispitanica ogleda se u visoko vrednovanom stavu da žele dete koje će biti deo njih dvoje te u negiranju mogućnosti za ostvarivanje porodice usvajanjem deteta, kao i odbijanjem donacije sperme i jajnih ćelija od trećih lica. Iako su u literaturi opisani primeri da su stavovi o pružanju ljubavi, pažnje i doma detetu visoko vrednovani stavovi i kod IVF parova i kod parova koji su se odlučili na usvajanje, razlog za odbijanje alterantivnog načina formiranja porodice pronalazim u činjenici da je za većinu ispitanica ovo prvi pokušaj vantelesne oplodnje u čiji pozitivan ishod snažno veruju.

Parovi često utiču jedni na druge na odluku o (ne)rađanju te sam istraživala i njihovo zadovoljstvo partnerskim odnosima. Ispitanice su partnerske odnose ocenile kao veoma harmonične a rađanje deteta za ove parove ima veoma visoku vrednost koja opada sa brojem neuspelih vantelesnih oplodnji. Iako su u stabilnim partnerskim zajednicama, za većinu ispitanica, proces vantelesne oplodnje je veoma stresna metoda koja daje povod za konflikte, što je zanimljiv podatak koji zahteva dodatno istraživanje.

Srednja vrednost procene zadovoljstva životom je niža kod žena u postupku vantelesne oplodnje u odnosu na trudnice koje su ostvarile prosečan skor na SWLS skali. Međutim, dobijena prosečna niža vrednost zadovoljstva životom ukazuje na neostvaren životni cilj i postojeću prepreku u njegovom ostvarenju, a to je zasnivanje „prave porodice i rođenje deteta koje će biti deo oboje“ i ukazuje na važnost psihološkog savetovanja parova tokom vantelesne oplodnje ali i nakon završetka procesa.

Sveprisutna komercijalizacija i obećanja savremenih asistiranih reproduktivnih tehnologija da sve žene mogu da postanu majke, uprkos godinama

starosti, zdravstvenom stanju i životnom stilu, podstiču rodni stereotip da sve žene imaju univerzalni majčinski instinkt i zato su rezultati ovog istraživanja samo jedan u nizu dokaza da je osim „tehničkog i medicinskog“ lečenja „nesavršenosti žene“ neophodno inkorporiranje rodno senzitivnog pristupa, koji bi trebalo da bude suština novih standarda u definisanju zdravstvene zaštite žena. Ovakav multidisciplinarni pristup, koji će koncept zdravlja žena staviti izvan tradicionalnog shvatanja reproduktivnog zdravlja i osnažiti žene i parove na savremene, alternativne načine formiranja porodice i osloboditi žene obavezujućeg društvenog zahteva za rađanjem, mora biti normativ za sve one strukture (zdravstvene, socijalne, pravne i dr.) koje su uključene u procese planiranja porodice.

6. LITERATURA

- Benedikt, Rut, (1976). *Obrasci kulture*. Beograd: Prosveta
- Ber, Vivijen, (2000). *Uvod u socijalni konstrukcionizam*. Beograd: Zepter Book World
- Berger, R., Paul, M. (2008). Family secrets and family functioning: The case of donor assistance. *Family Process*, 47, 553-566
- Berić, Berislav (1992). *Uvod u osnove seksualnosti čoveka i planiranje porodice*. Novi Sad: Dobra Vest, Medicinski fakultet
- Bjelica, Artur, Kapor – Stanulović Nila, (2005). Reproduktivna funkcija i mladi - potencijal, vrednovanje i faktori ograničenja. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 121, 135-140
- Blagojević-Šijaković, M.M. (1991). *Žene izvan kruga - profesija i porodica*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja
- Blagojević, Marina, (1997). *Roditeljstvo i fertilitet: Srbija 90-tih*. Filozofski fakultet, Beograd: Institut za sociološka istraživanja
- Bobić, Mirjana, Vukelić, Jelisaveta, (2011). Deblokada 'druge demografske tranzicije'?. *Sociologija*, 53 (2), 149-176
- Boden, Jane (2007). When IVF treatment fails. *Human fertility*, 10 (2), 93-98
- Bogišić, Valtazar, (1867). *Pravni običaji u Slovena*. Zagreb
- Bujas, Milenko, (1994). Etički problemi trudnoće i porođaja nakon lečenja steriliteta metodama asistiranog parenja. U: Bregun Dragić, Nada. Milin Josip: *Etički stavovi u perinatologiji*. Novi Sad: Medicinski fakultet, 112-117
- Burr, Jennifer A, (2013). Anonymous or known donors? A brief discussion of the psychosocial issues raised by removing anonymity from sperm donors. *Human Fertility*, 16 (1), 44-47
- Carlson, Karen, (2000). Multidisciplinary Women's Health Care and Quality of Care. *Women's Health Issues*, 10 (5), 219-225

- Carmeli S, Birenbaum-Carmeli D, (1994). The predicament of masculinity: towards understanding the male's experience of infertility treatments. *Sex Roles*, 30 (9/10), 663-667
- Cassidy T, Sintrovani, P., (2008). Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (1), 4–17
- Crowe, C. (1990). Whose mind over whose matter? Women, in vitro fertilization and the development of scientific knowledge. In: McNeil, M. et al. (eds) *The New Reproductive Technologies*. London: Macmillan
- Cvijić, Jovan (1987). *Balkansko poluostrvo i južnoslovenske zemlje, II*. Beograd: Književne novine – Zavod za udžbenike
- Čajkanović, Veselin (1973). *Mit i religija u Srba*. Beograd: SKZ
- Demografska statistika* (2012). Republički zavod za statistiku, Beograd
- Denny, Elaine (1994). Liberation or oppression? Radical feminism and in vitro fertilization. *Sociology of Health & Illness*, 25 (1), 62-80
- Dickenson, Donna, L. (2009). "Feminist Perspectives on Human Genetics and Reproductive Technologies", in: eLS. John Wiley & Sons Ltd, Chichester. dostupno na <http://www.els.net>, pristupljeno 8 oktobra 2013
- Dill, Sandra (2002). Consumer perspectives. *Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction - Current practices and controversies in assisted reproduction : report of a WHO meeting*. Ur. Effy Vayena, Patrick J. Rowe and P. David Griffin. Geneva:WHO
- Donchin, Anne, (1986). The Future of Mothering: Reproductive Technology and Feminist Theory. *Hypatia*, 1 (2), 121-137
- Donchin, Anne , (1996). Feminist critiques of new fertility technologies: Implications for social policy. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21, 475–98.
- Drezgić, Rada, (2012). O susretu feminizma i bioetike. *Filozofija i Društvo*, 04, 19-31

- Đorđević, Tihomir, (1930). *Naš narodni život. Knjiga 2*. Beograd: Izdavačka knjižarnica Gece Kona
- Đorđević, Tihomir, (1990). *Deca u običajima i verovanjima našega naroda*. Idea Beograd/Prosveta Niš
- Jennings, Patricia K. (2010). "God Had Something Else in Mind": Family, Religion, and Infertility. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39, 215-229
- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London-New York: Routledge
- Franklin, Sarrah, (1997). *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge.
- Golombok, S, Brawaey, Cook R , Giavazzi, M.T., Guera, D. Mantovani A, (1996). The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11 (1), 2324-2331
- Hammarberg K, Astbury J, Baker, HWG, (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study, *Human Reproduction*, 16, (2),374–383
- Inhorn , Maricia, (2005). Making Muslim Babies: Sunni versus Shi'a Approaches to IVF and Gamete Donation. Infertility and New Reproductive Technologies", IUSSP Annual Conference Tours, France
- Ivković, Aleksandra, (2013). *Stavovi studenata prema fertilitetu i rađanju*. Master rad. Novi Sad: Medicinski fakultet u Novom Sadu
- Jeruzalemska Biblija*, (1986). Zagreb: Kršćanska sadašnjost
- Johansson, Marianne, Berg, Marie, (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of In Vitro Fertilization Treatment. *Scand J Caring Sci*; 19, 58–63
- Kahn, Susan, (2000). *Reproducing Jews: A Cultural Account of Assisted Conception In Israel*. New York: Duke University Press
- Kapamadžija, Aleksandra, (1989). *Psiho-socijalni aspekt steriliteta*. Magistrski rad. Novi Sad: Medicinski fakultet

- Kapor Stanulović, Nila, (1985). *Psihologija roditeljstva*. Beograd: Nolit
- Kapor Stanulović, Nila (1988). Psihološki aspekti prirodnog priraštaja. U *- Prirodni priraštaj u SAP Vojvodini i faktori koji na njega utiču*, Novi Sad: Medicinski fakultet
- Karadžić, Vuk, (1987). *Život i običaji naroda srpskoga*. Beograd: Prosveta – Nolit
- Koch, Lene, Morgall, Janine, (1987). Towards a Feminist Assessment of Reproductive Technology. *Acta Sociologica*, 30,(2), 173-191
- Kopitović, V, Milatović S, Trninić Pjević A, Bjelica A, Bujas I, Tabš N. (2011). Rezultati i iskustva nakon hiljadu ciklusa vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. *Med Pregl, LXIV* (11-12), 565-569
- Kovaček-Stanić, Gordana, (2010). Porodično pravni aspect biomedicinski potpomognutog oplođenja u pravu Srbije i Evropskim pravima. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 131, 415-430
- Kričković, Ksenija (2007). *Izvori za istraživanje društvenog aspekta steriliteta u Vojvodini*, Diplomski rad. Novi Sad: Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu
- Kuburić, Zorica, (2008). Step en religioznosti i verska distanca u Vojvodini, Srbiji. U Čedomir Čupić, Milan Vukomanović, Milan Sitarski: *Religije Srbije – Mreža dijaloga i saradnje*. Beograd: Beogradska otvorena škola
- Kuburović, Ankica (2006). Osob enosti roditeljstva u Srbiji na kraju XX veka, relevantne za reproduktivno ponašanje. *Sociološki pregled*, 40, (4), 573-588
- Langdridge D, Sheeran, Connolly K. Understanding the reasons for parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (2), 121-133
- Mahon, Evelyn, Cotter, Noelle. (2014). Assisted reproductive technology - IVF treatment in Ireland: A study of couples with successful outcomes. *Human Fertility*, 17 (3), 165-169.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA

- (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Med* 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356,
- Mid, Margaret, (1978). *Sazrevanje na Samoi*. Beograd: Prosveta
- Mies, Maria, (1988). From The Individual To The Dividual: In The Supermarket Of "Reproductive Alternatives". *Journal of International Feminist Analysis*, (3), 13-26
- Milačić, Dušan, (2006). Asistirane reproduktivne tehnologije. U Plećaš, D., Stanimirović, B., Stanković, A. i Vasiljević, M (Ur.). *Ginekologija i akušerstvo*, Medicinski fakultet, Beograd, 84-92
- Milićević, Milan, (1984). *Život Srba seljaka*. Beograd: Prosveta
- Neyer, Gerda, Bernardi, Laura, (2011). Feminist perspectives on Motherhood and Reproduction. Stockholm Research Reports in Demography (3) dostupno na www.suda.su.se.
- Nicolson, Paula, (1999). The myth of the maternal instinct. *Psychology, Evolution & Gender*, 1(2), 161-181
- Novakov, Marina, (2010). Odnos prema neplodnosti i vanbračnom rađanju u srpskom selu, *Sociološki pregled*, XLIV, (2), 337-348
- Osato, Giwa-Osagie, F., (2002). ART in developing countries with particular reference to sub-Saharan Africa, U: Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD (eds): *Current Practice and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: World Health Organization
- Parks Jeniffer, (2009). Rethinking radical politics in the context of assisted reproductive technology. *Bioethics*, 23, (1), 20–27
- Parry, Diana, (2005). Women's Experiences with infertility: Exploring the outcome of empowerment. *Womens Studies*, 34, 191-211
- Peterson, B., Boivin, J., Norré, 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

- Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, Mišljenje broj 213/2011 od 20.12.2011.
- Radulović, Lidija, (2008). Dekonstrukcija diskursa materinstva na osnovu religijsko-magijske prakse. *Etnoantropološki problemi*, 3, (1), 160-176
- Radulović, Lidija (2009). *Pol, rod, religija*. Beograd: Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu
- Radulović, Lidija (2010). Feminizacija hodočašća u kontekstu revitalizacije religije u Srbiji. *Antropologija*, 10, (3), 39-48
- Reproductive Health Indicators - Reproductive Health and Research Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. (2006). Geneva: World Health Organization
- Savitz-Smith, Jennifer, (2003). Couples Undergoing Infertility Treatment: Implications for Counselors. *Family Journal*, 11 (4), 383-387
- Schenker, J. G. (1992). Religious views regarding treatment of infertility by assisted reproductive technologies. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9, 3-8
- Schenker, Joseph, (2005). Assisted reproductive practice: religious perspectives. *Reproductive BioMedicine* (10), 3, 310-319
- Scholz, Brett, (2014). Sperm donors' accounts of lesbian recipients: heterosexualisation as a tool for warranting claims to children's 'best interests. *Psychology & Sexuality*, 5, (3), 247-257
- Smidth, Lone, Holstein Bjorn, Cristensen, Ulla, (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, (3), 244-251
- Stanworth, Michelle, (1987). Reproductive technologies and the deconstruction of motherhood. In *Reproductive technologies: Gender, motherhood and medicine*, ed. Michelle Stanworth, Cambridge: Polity Press, 10-35
- Stark, Marcella, Keathley Rosanne, Nelson, Judith, (2011). A Developmental Model for Counseling Infertile Couples, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 19, 225-230

- Sydsjo G, Ekholm K, Wadsby M, Kjellberg S, Sysdjo A (2005). Relationship in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20, (7), 1952-7
- Throsby, Karen, Gill, Rosalind, (2004). "It's different for men": masculinity and IVF [online]. London: LSE Research Online. *Men and Masculinities*, 6 (4), 330-348
- Tompson, Charis, (2006). God Is In The Details: Comparative Perspectives On The Intertwining Of Religion And Assisted Reproductive Technologies. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 557-561
- Trebešanin, Žarko, (2000). *Predstava o detetu u srpskoj kulturi*. Beograd: Jugoslovenski centar za prava deteta.
- Tripković, Gordana, (1997). *Materinstvo – kulturni obrazac Srba*. Novi Sad: Matica srpska
- Van Balen, F., and M. C. Inhorn. (2002). Introduction. Interpreting infertility: A view from the social sciences. In: *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, Gender, and reproductive technologies*, edited by M. C. Inhorn and F. van Balen. Berkeley: University of California Press, 3-23
- Van Berkel, D., Candido, A., & Pijffers, W. H. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: Secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 97-104.
- Van Dijk, Teun (2000). *Ideology: a Multidisciplinary Approach*. London: Sage.
- Vasiljević, Lidija, (2008). Feminističke kritike pitanja braka, porodice i roditeljstva, U: Adriana Zaharijević, *Neko je rekao feminizam*. Beograd: Građanske inicijative, 94-120
- Verosipovest, maternji jezik i nacionalna pripadnost – Popis stanovništva, domaćinstva i stanova 2011. u Republici Srbiji, (2013). Beograd: Republički Zavod za statistiku
- Vilenica, Ana, (2013). Postajanje majkom: Od neoliberalnog režima materinstva ka radikalnoj političkoj subjektivizaciji. U: *Postajanje majkom u vreme neoliberalnog kapitalizma*, Novi Sad: (uz)bu))na))), 9-31

- Višić, Tanja, (2013). Nacionalne populacione politike i konstrukcijamaterinstva u post-socijalističkoj Srbiji.U: *Postajanje majkom u vreme neoliberalnog kapitalizma*, Novi Sad, 91-131
- Vojnović, Tadej, (1991). *Velika biblijska konkordancija I*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost, Novi Sad: Dobra vest
- Wagenaar, K., van Weissenbruch, M.M., Knol, D.L., Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., Huisman, J. (2009). Behavior and socioemotional functioning in 9–18-year-old children born after in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 92,1907–1914

IZVORI SA INTERNETA

- Evropsko udruženje za humanu reprodukciju, <http://www.eshre.eu/>
- World Health Organisation, <http://www.who.int/en/>
- Center for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/>
- IVF WORDL Community for Fertility issues, <http://www.ivfworld.com/>
- <http://www.ivf-worldwide.com/>
- Udruženje „Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering, <http://www.finrrage.org/>
- <http://www.ivf.net>
- <http://www.resolve.org/>
- Society for Assisted Reproductive Technologies, http://www.sart.org/SART_Assisted_Reproductive_Technologies/
- American Society for Reproductive Medicine, http://www.asrm.org/Booklet_Assisted_Reproductive_Technologies/
- Republički Fond za zdravstveno osiguranje, <http://www.rfzo.rs/download/Vantelesna.pdf>

7. PRILOZI

- 1) Upitnici za ispitanice u programu vantelesne oplodnje
- 2) Upitnik za trudnice
- 3) Informacija za ispitanicu i Informisani pristanak za ispitanice u programu vantelesne oplodnje
- 4) Informacija za ispitanicu i Informisani pristanak za ispitanice trudnice
- 5) Tabele; izvodi iz SPSSa
- 6) Rezultati istraživanja filmova o IVF-u
- 7) Novinski članci o tenderima za VTO
- 8) Novinski članci o majčinstvu i IVF-u

PRILOG 1.

1. **Godine starosti?** _____

UPITNIK VTO ŽENE

2. **Mesto stanovanja:**

a) Selo b) Grad

3. **Stepen stručne spreme:**

1) II - Nepotpuna osnovna škola, osnovna škola

2) III - Srednja škola, trogodišnja

3) IV - Srednja škola, četvorogodišnja

4) VI - Viša škola

5) VII/1 i VII/2 - Visoko obrazovanje, specijalizacija, magistratura, master

6) VIII - Doktorat

4. **Radni status:**

1) Privatna preduzetnica

2) Zaposlena u privatnom preduzeću

3) Zapsolena u državnom preduzeću/ ustanovi

4) Poljoprivrednica

5) Obavlja kućne poslove / domaćica

5. **Vaše materijalno stanje procenjujete kao**

7) Dobro

8) Prosečno

9) Loše

6. **Nacionalnost:**

1) srpska

2) mađarska

3) hrvatska

4) rusinska

5) slovačka

6) _____

7. **Veroispovest**

1) pravoslavna

2) katolička

3) evangelistička

4) islamska

5) nisam vernica

6) _____

8. Pred Vama su izjave koje izražavaju Vaš lični odnos prema religiji, molim Vas zaokružite jednu izjavu:

- 1) vernica sam, jer prihvatam sve što moja vera (crkva) uči
- 2) vernica sam, jer se pridržavam svih običaja koje nalaže moja vera
- 3) vernica sam, ali ne prihvatam sve što moja vera uči
- 4) ne pripadam nijednoj veri (crkvi), ali verujem u Boga
- 5) nisam sigurna da li sam religiozna ili ne
- 6) nisam vernica, ali se pridržavam verskih običaja svog naroda
- 7) nisam vernica, ali uvažavam religijska ubeđenja i pripadnost drugog
- 8) nisam vernica i religija me ne zanima
- 9) protivnica sam svake religije

9. Koliko dugo ste u zajednici/ braku? _____

10. Koliko je živorođene dece imala Vaša majka? 1) žensko ____ 2) muško ____

11. Koliko je godina imala Vaša majka kada je rodila Vas? _____

12. Koji je po Vašem mišljenju idealan broj dece u porodici?

- 1) Jedno muško dete
- 2) Jedno žensko dete
- 3) Jedno muško i jedno žensko dete
- 4) Jedno muško i dva ženska deteta
- 5) Jedno žensko i dva muška deteta
- 6) Ostalo, navedite šta _____

13. Na sledećoj skali procenite zadovoljstvo brakom/vezom: 1- potpuno sam nezadovoljna; 9- potpuno sam zadovoljna

1 2 3 4 5 6 7 8 9

14. Koliko je važno da se rodi dete?

Vama		Partneru
1	veoma važno	1
2	važno	2
3	srednje	3
4	malo	4
5	nimalo	5

15. Da li su se Vaši odnosi sa partnerom promenili od kad ste se suočili sa problemom steriliteta?

- 1) promenili su se na bolje
- 2) nisu se promenili

- 3) promenili su se na gore
- 4) ne mogu da procenim

16. Oblik bračne neplodnosti je: 1) muškog porekla 2) ženskog porekla

17. Da li ste do sada pokušavali sa metodama vantelesne oplodnje?

- 1) ako jeste, upišite koliko puta _____
- 2) ne

18. Da pokušamo vantelesnu oplodnju predložila sam/predložio je:

- 1) ja
- 2) partner
- 3) lekar
- 4) neko drugi, ko _____

19. Koliko je po Vašem mišljenju postupak vantelesne oplodnje:

	VEOMA	MALO	NIMALO
komplikovan	1	2	3
dugotrajan	1	2	3
skup	1	2	3
bolan	1	2	3
štetan po opšte zdravlje	1	2	3
stresan	1	2	3
izaziva prepirke među partnerima	1	2	3
sramotan	1	2	3
pruža nadu za potomstvo	1	2	3

20. *Na skali od 1 do 5 procenite vlastiti stepen slaganja sa navedenim tvrdnjama, tako što ćete zaokružiti odgovarajući broj **ZA SVAKU TVRDNJU POSEBNO**

- 1 – UOPŠTE SE NE SLAŽEM
- 2 – UGLAVNOM SE NE SLAŽEM
- 3 – NEODLUČNA SAM
- 4 – UGLAVNOM SE SLAŽEM
- 5 – POTPUNO SE SLAŽEM

Pružila bih detetu pravi dom	1	2	3	4	5
Želim dete da bi se nastavila porodična loza	1	2	3	4	5
Želja za detetom je biološki urođena	1	2	3	4	5
Dete će mi pružiti cilj u životu	1	2	3	4	5

Mojoj porodici bi bilo drago da ja imam dete	1	2	3	4	5
Dete će brinuti o meni kad ostarim	1	2	3	4	5
Želim dete zbog mojih verskih uverenja	1	2	3	4	5
Dete učvršćuje vezu sa partnerom	1	2	3	4	5
Želim dete jer želim da doprinesem budućnosti	1	2	3	4	5
Želim da zasnujem pravu porodicu	1	2	3	4	5
Želim detetu da pružim ljubav i pažnju	1	2	3	4	5
Bilo bi zabavno imati dete u kući	1	2	3	4	5
Podizanje deteta bi me ispunilo	1	2	3	4	5
Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija sa detetom	1	2	3	4	5
Želim da detetu prenesem životno iskustvo	1	2	3	4	5
Želim dete jer bi mom partenru bi bilo drago da ja imam decu	1	2	3	4	5
Želim dete jer želim da dam lični doprinos budućim naraštajima	1	2	3	4	5
Većina ljudi želi decu	1	2	3	4	5
Dete donosi finansijske probleme	1	2	3	4	5
Moj partner ne želi dete	1	2	3	4	5
Dete ograničava slobodno vreme	1	2	3	4	5
Dete donosi puno obaveza	1	2	3	4	5
Dete ograničava vreme sa partnerom	1	2	3	4	5
Dete bi bila prepreka za moju karijeru	1	2	3	4	5
Briga o detetu bi bilo psihičko opterećenje za mene	1	2	3	4	5
Podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost	1	2	3	4	5
Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama	1	2	3	4	5
Želim da osetim ljubav od strane deteta	1	2	3	4	5
Dete će biti nešto što je deo nas oboje	1	2	3	4	5

*- Skala stavova je preuzeta iz istraživanja D. Langdridge, P Sheeran i K Connolly. Understanding the reasons for parenthood – Journal of Reproductive and Infanst Psychology, Vol.23, No 2, May 2005, pp.121-133

21. Da li verujete u pozitivan ishod postupka vantelesne oplodnje- rođenje zdravog deteta?

- 1) da, potpuno verujem
- 2) da, ali jako brinem
- 3) nisam sasvim sigurna u pozitivan ishod
- 4) ne verujem, previše strahujem
- 5) ne, uopšte ne verujem

22. Ukoliko postupak vantelesne oplodnje ne bude uspešan:

- 1) pokušaćete ponovo
- 2) odustaćete od lečenja
- 3) pokrenućete postupak usvajanja deteta

4) nešto drugo, šta _____

23. Da li biste pristali na:

	DA	NE	NE ZNAM
1) donaciju jajnih ćelija	1	2	3
2) doniranje sperme nepoznatog muškarca	1	2	3
3) donaciju sperme poznatog muškarca	1	2	3
4) surogat materinstvo	1	2	3
5) usvajanje deteta	1	2	3

24. Da li ste ikada bile u neprijatnoj situaciji ili ste osetile diskriminaciju zbog toga što nemate dece?

- 1) ne
- 2) ako jeste, navedite kada i zašto

25. Kakav status u našem društvu imaju žene nerotkinje?

26. Kako Vi doživljavate sterilitet?

27. Šta mislite o ženama koje ne žele da rađaju decu (*dobrovoljni sterilitet*)?

28. *Ispred vas je pet izjava sa kojima se možete složiti ili ne. Koristeći skalu od 1 do 7 označite u kom se stepenu slažete sa svakom, **1-u potpunosti se NE SLAŽEM; 7-u potpunosti se SLAŽEM**

U većini oblasti, moj život je blizak idealnom	1	2	3	4	5	6	7
Uslovi mog života su odlični	1	2	3	4	5	6	7
Zadovoljana sam svojim životom	1	2	3	4	5	6	7
Do sada sam dobila važne stvari koje sam želela od života	1	2	3	4	5	6	7
Kada bih živela svoj život ponovo, ne bih promenila skoro ništa	1	2	3	4	5	6	7

*SWLS skala – je skala procene zadovoljstva životom (E.Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S.Griffin)

1. **Godine starosti?** _____

PRILOG 2.

UPITNIK TRUDNICE

2. **Mesto stanovanja:**

b) Selo b) Grad

3. **Stepen stručne spreme:**

- 1) II - Nepotpuna osnovna škola, osnovna škola
- 2) III - Srednja škola, trogodišnja
- 3) IV - Srednja škola, četvorogodišnja
- 4) VI - Viša škola
- 5) VII/1 i VII/2 - Visoko obrazovanje, specijalizacija, magistratura, master
- 6) VIII - Doktorat

4. **Radni status:**

- 6) Privatna preduzetnica
- 7) Zaposlena u privatnom preduzeću
- 8) Zapsolena u državnom preduzeću/ ustanovi
- 9) Poljoprivrednica
- 10) Obavlja kućne poslove / domaćica

5. **Vaše materijalno stanje procenjujete kao**

- 1) Dobro
- 2) Prosečno
- 3) Loše

6. **Nacionalnost:**

- 1) srpska
- 2) mađarska
- 3) hrvatska
- 4) rusinska
- 5) slovačka
- 6) _____

7. **Veroispovest**

- 1) pravoslavna
- 2) katolička
- 3) evangelistička
- 4) islamska
- 5) nisam vernica
- 6) _____

8. Ispred vas je pet izjava sa kojima se možete složiti ili ne. Koristeći skalu od 1 do 7 označite u kom se stepenu slažete sa svakom, **1-u potpunosti se NE SLAŽEM;**
7-u potpunosti se SLAŽEM

U većini oblasti, moj život je blizak idealnom	1	2	3	4	5	6	7
Uslovi mog života su odlični	1	2	3	4	5	6	7
Zadovoljana sam svojim životom	1	2	3	4	5	6	7
Do sada sam dobila važne stvari koje sam želela od života	1	2	3	4	5	6	7
Kada bih živela svoj život ponovo, ne bih promenila skoro ništa	1	2	3	4	5	6	7

*SWLS skala – je skala procene zadovoljstva životom (E.Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S.Griffin)

9. *Na skali od 1 do 5 procenite vlastiti stepen slaganja sa navedenim tvrdnjama, tako što ćete zaokružiti odgovarajući broj **ZA SVAKU TVRDNJU POSEBNO**

- 1 – UOPŠTE SE NE SLAŽEM
- 2 – UGLAVNOM SE NE SLAŽEM
- 3 – NEODLUČNA SAM
- 4 – UGLAVNOM SE SLAŽEM
- 5 – POTPUNO SE SLAŽEM

Pružila bih detetu pravi dom	1	2	3	4	5
Želim dete da bi se nastavila porodična loza	1	2	3	4	5
Želja za detetom je biološki urođena	1	2	3	4	5
Dete će mi pružiti cilj u životu	1	2	3	4	5
Mojoj porodici bi bilo drago da ja imam dete	1	2	3	4	5
Dete će brinuti o meni kad ostarim	1	2	3	4	5
Želim dete zbog mojih verskih uverenja	1	2	3	4	5
Dete učvršćuje vezu sa partnerom	1	2	3	4	5
Želim dete jer želim da doprinesem budućnosti	1	2	3	4	5
Želim da zasnujem pravu porodicu	1	2	3	4	5
Želim detetu da pružim ljubav i pažnju	1	2	3	4	5
Bilo bi zabavno imati dete u kući	1	2	3	4	5
Podizanje deteta bi me ispunilo	1	2	3	4	5
Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija sa detetom	1	2	3	4	5
Želim da detetu prenesem životno iskustvo	1	2	3	4	5
Želim dete jer bi mom partenru bi bilo drago da ja imam decu	1	2	3	4	5
Želim dete jer želim da dam lični doprinos budućim naraštajima	1	2	3	4	5
Većina ljudi želi decu	1	2	3	4	5
Dete donosi finansijske probleme	1	2	3	4	5
Moj partner ne želi dete	1	2	3	4	5

Dete ograničava slobodno vreme	1	2	3	4	5
Dete donosi puno obaveza	1	2	3	4	5
Dete ograničava vreme sa partnerom	1	2	3	4	5
Dete bi bila prepreka za moju karijeru	1	2	3	4	5
Briga o detetu bi bilo psihičko opterećenje za mene	1	2	3	4	5
Podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost	1	2	3	4	5
Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama	1	2	3	4	5
Želim da osetim ljubav od strane deteta	1	2	3	4	5
Dete će biti nešto što je deo nas oboje	1	2	3	4	5

*- Skala stavova je preuzeta iz istraživanja D. Langdridge, P Sheeran i K Connolly. Understanding the reasons for parenthood – Journal of Reproductive and Infanst Psychology, Vol.23, No 2, May 2005, pp.121-133

INFORMACIJE ZA ISPITANICU

Poštovana,

Molimo Vas da uzmete učešće u istraživanju koje se sprovodi na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine pod nazivom “Vantelesna oplodnja-rodne i društvene kontroverze”, koje je odobreno od strane Etičkog odbora Kliničkog centra Vojvodine a u cilju izrede master rada na Univerzitetu u Novom Sadu-Asocijacija Centara za interdisciplinarne i multidisciplinarne studije i istraživanja.

Radi se o anketnom istraživanju se sprovodi na Klinici za ginekologiju i akušerstvu u cilju ispitivanja stavova žena koje su u programu vantelesne oplodnje i njihove motivacije za roditeljstvom.

SVI PODACI IZ UPITNIKA I REZULTATI ISTRAŽIVANJA STROGO SU POVERLJIVI I MOGU SE KORISTITI ISKLJUČIVO U SVRHU ISTRAŽIVANJA.

Vi, možete u bilo koje vreme, iz bilo kojih razloga, prekinuti Vaše učestvovanje u ovom istraživanju, bez ikakvog uticaja na Vaše dalje lečenje u bilo kom smislu.

S poštovanjem,

Glavni istraživač
Ksenija Kričković Pele

INFORMISANI PRISTANAK

Na ovaj način dajem svoj informisani pristanak da učestvujem u istraživanju koje se sprovodi na Klinici za Kliničkog centra Vojvodine pod nazivom "Vantelesna oplodnja - rodne i društvene kontroverze".

Ovim potvrđujem da sam pročitala informacije za pacijentkinju i obavila razgovor sa voditeljkom istraživanja, te sam u potpunosti upoznata sa ciljevima i uslovima istraživanja. Upoznata sam da mogu bez uticaja na moje dalje lečenje, odbiti ili ne prihvatiti dalje učestvovanje u istraživanju. Upoznata sam da su podaci potpuno i strogo poverljivi. Takodje sam upoznata da za svoje učestvovanje u ispitivanju neću imati nikakvu materijalnu niti nematerijalnu korist.

Pacijentkinja:.....

Datum:.....

Istraživač: Ksenija Kričković Pele
tum:.....

Da-

INFORMACIJE ZA ISPITANICU

Poštovana,

Molimo Vas da uzmete učešće u istraživanju koje se sprovodi na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Vojvodine pod nazivom “Vantelesna oplodnja-rodne i društvene kontroverze”, koje je odobreno od strane Etičkog odbora Kliničkog centra Vojvodine a u cilju izrede master rada na Univerzitetu u Novom Sadu-Asocijacija Centara za interdisciplinarne i multidisciplinarne studije i istraživanja.

Radi se o anketnom istraživanju se sprovodi na Klinici za ginekologiju i akušerstvu u cilju ispitivanja stavova žena koje su u programu vantelesne oplodnje i njihove motivacije za roditeljstvom.

Planirano je i da se ispita i 50 trudnica u vezi motivacije za roditeljstvom i da se ti podaci porede.

SVI PODACI IZ UPITNIKA I REZULTATI ISTRAŽIVANJA STROGO SU POVERLJIVI I MOGU SE KORISTITI ISKLJUČIVO U SVRHU ISTRAŽIVANJA.

Vi, možete u bilo koje vreme, iz bilo kojih razloga, prekinuti Vaše učestvovanje u ovom istraživanju, bez ikakvog uticaja na Vaše dalje lečenje u bilo kom smislu.

S poštovanjem,

Glavni istraživač
Ksenija Kričković Pele

INFORMISANI PRISTANAK

Na ovaj način dajem svoj informisani pristanak da učestvujem u istraživanju koje se sprovodi na Klinici za Kliničkog centra Vojvodine pod nazivom "Vantelesna oplodnja - rodne i društvene kontroverze".

Ovim potvrđujem da sam pročitala informacije za pacijentkinju i obavila razgovor sa voditeljkom istraživanja, te sam u potpunosti upoznata sa ciljevima i uslovima istraživanja. Upoznata sam da mogu bez uticaja na moje dalje lečenje, odbiti ili ne prihvatiti dalje učestvovanje u istraživanju. Upoznata sam da su podaci potpuno i strogo poverljivi. Takodje sam upoznata da za svoje učestvovanje u ispitivanju neću imati nikakvu materijalnu niti nematerijalnu korist.

Pacijentkinja:.....

Datum:.....

Istraživač: Ksenija Kričković Pele

Datum:.....

PRILOG BROJ 5.

T test	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Pružila bih detetu pravi dom	Equal variances assumed	.116	.734	.225	.822	.02000	.08876	-.15613	.19613
	Equal variances not assumed			.225	.95282	.02000	.08876	-.15620	.19620
Želim dete da bi se nastavila porodična loza	Equal variances assumed	.129	.721	1.094	.277	.30000	.27430	-.24434	.84434
	Equal variances not assumed			1.094	.97979	.30000	.27430	-.24434	.84434
Želja za detetom je biološki urođena	Equal variances assumed	3.029	.085	1.040	.301	.18000	.17306	-.16344	.52344
	Equal variances not assumed			1.040	.90982	.18000	.17306	-.16377	.52377
Dete će mi pružiti cilj u životu	Equal variances assumed	3.544	.063	-.731	.466	-.18000	.24620	-.66857	.30857
	Equal variances not assumed			-.731	.95370	-.18000	.24620	-.66874	.30874
Mojoj porodici bi bilo drago da ja imam dete	Equal variances assumed	4.105	.045	1.230	.222	.18000	.14639	-.11050	.47050
	Equal variances not assumed			1.230	.80662	.18000	.14639	-.11128	.47128

Dete će brinuti o meni kad ostarim	Equal variances assumed	.607	.438	.814	98	.418	.20000	.24578	-.28774	.68774
	Equal variances not assumed			.814	97.360	.418	.20000	.24578	-.28778	.68778
Želim dete zbog mojih verskih uverenja	Equal variances assumed	.033	.856	.217	98	.829	.06000	.27673	-.48916	.60916
	Equal variances not assumed			.217	97.964	.829	.06000	.27673	-.48916	.60916
Dete učvršćuje vezu sa partnerom	Equal variances assumed	3.854	.052	-.973	98	.333	-.26000	.26718	-.79022	.27022
	Equal variances not assumed			-.973	95.100	.333	-.26000	.26718	-.79042	.27042
Želim dete jer želim da doprinesem budućnosti	Equal variances assumed	.825	.366	1.866	98	.065	.42000	.22506	-.02663	.86663
	Equal variances not assumed			1.866	97.694	.065	.42000	.22506	-.02665	.86665
Želim da zasnujem pravu porodicu	Equal variances assumed	7.933	.006	1.194	98	.235	.18000	.15078	-.11922	.47922
	Equal variances not assumed			1.194	72.241	.236	.18000	.15078	-.12056	.48056
Želim detetu da pružim ljubav i pažnju	Equal variances assumed	.263	.609	.256	97	.799	.01755	.06857	-.11853	.15363
	Equal variances not assumed			.256	96.873	.798	.01755	.06853	-.11846	.15356
Bilo bi zabavno imati dete u kući	Equal variances assumed	.167	.684	-.207	97	.836	-.03633	.17549	-.38462	.31197
	Equal variances not assumed			-.207	94.894	.837	-.03633	.17572	-.38518	.31253

Podizanje deteta bi me ispunilo	Equal variances assumed	16.853	.000	2.939	98	.004	.36000	.12249	.11692	.60308
	Equal variances not assumed			2.939	83.044	.004	.36000	.12249	.11637	.60363
Želim da osetim posebnu povezanost koja se razvija sa detetom	Equal variances assumed	3.139	.080	.779	98	.438	.08000	.10270	-.12380	.28380
	Equal variances not assumed			.779	79.657	.438	.08000	.10270	-.12439	.28439
Želim da detetu prenesem životno iskustvo	Equal variances assumed	2.401	.124	-1.783	98	.078	-.28000	.15701	-.59159	.03159
	Equal variances not assumed			-1.783	84.867	.078	-.28000	.15701	-.59219	.03219
Želim dete jer bi mom partneru bilo drago da ja imam decu	Equal variances assumed	11.668	.001	1.126	98	.263	.32000	.28414	-.24386	.88386
	Equal variances not assumed			1.126	90.378	.263	.32000	.28414	-.24446	.88446
Želim dete jer želim da dam lični doprinos budućim naraštajima	Equal variances assumed	5.979	.016	1.701	98	.092	.44000	.25873	-.07343	.95343
	Equal variances not assumed			1.701	92.947	.092	.44000	.25873	-.07378	.95378
Većina ljudi želi decu	Equal variances assumed	.870	.353	-.522	98	.603	-.12000	.22971	-.57585	.33585
	Equal variances not assumed			-.522	95.415	.603	-.12000	.22971	-.57601	.33601
Dete donosi finansijske probleme	Equal variances assumed	.030	.862	.455	98	.650	.12000	.26388	-.40366	.64366
	Equal variances not assumed			.455	97.648	.650	.12000	.26388	-.40368	.64368

Moj partner ne želi dete	Equal variances assumed	.352	.554	-.332	98	.741	-.06000	.18081	-.41882	.29882
	Equal variances not assumed			-.332	95.656	.741	-.06000	.18081	-.41893	.29893
Dete ograničava slobodno vreme	Equal variances assumed	.968	.327	-.336	98	.738	-.08000	.23802	-.55234	.39234
	Equal variances not assumed			-.336	97.510	.738	-.08000	.23802	-.55237	.39237
Dete donosi puno obaveza	Equal variances assumed	.236	.628	1.373	98	.173	.36000	.26227	-.16046	.88046
	Equal variances not assumed			1.373	97.957	.173	.36000	.26227	-.16046	.88046
Dete ograničava vreme sa partne- rom	Equal variances assumed	1.453	.231	-.942	98	.348	-.22000	.23347	-.68330	.24330
	Equal variances not assumed			-.942	97.567	.348	-.22000	.23347	-.68333	.24333
Dete bi bila pre- preka za moju karijeru	Equal variances assumed	1.587	.211	-.535	98	.594	-.08000	.14961	-.37690	.21690
	Equal variances not assumed			-.535	96.153	.594	-.08000	.14961	-.37697	.21697
Briga o detetu bi bilo psihičko opterećenje za mene	Equal variances assumed	.031	.861	1.372	98	.173	.28000	.20412	-.12507	.68507
	Equal variances not assumed			1.372	97.083	.173	.28000	.20412	-.12512	.68512
Podizanje deteta donosi ogromnu odgovornost	Equal variances assumed	.099	.754	1.967	98	.052	.42000	.21352	-.00373	.84373
	Equal variances not assumed			1.967	96.856	.052	.42000	.21352	-.00379	.84379

Plašim se da ne rodim dete sa anomalijama	Equal variances assumed	.760	.385	2.203	98	.030	.64000	.29050	.06351	1.21649
	Equal variances not assumed			2.203	97.671	.030	.64000	.29050	.06348	1.21652
Želim da osetim ljubav od strane deteta	Equal variances assumed	39.175	.000	3.203	98	.002	.60000	.18731	.22829	.97171
	Equal variances not assumed			3.203	59.734	.002	.60000	.18731	.22529	.97471
Dete će biti nešto što je deo nas oboje	Equal variances assumed	15.229	.000	2.106	98	.038	.34000	.16145	.01961	.66039
	Equal variances not assumed			2.106	73.270	.039	.34000	.16145	.01826	.66174

Друштво**Поново пропао тендер за пројекат вантелесне оплодње**

Непрофесионално понашање приватних понуђача који опет нису доставили исправну документацију, кажу у РФЗО

Више од 500 парова чека на вештачку оплодњу у нади да ће тако добити бебу (Фото Д. Јевремовић)

Тендер за укључивање приватних установа у пројекат вантелесне оплодње о трошку државе по трећи пут није успео. Како сазнајемо у Републичком фонду за здравствено осигурање, све три понуде на тендеру за укључивање приватних клиника у овај процес биле су неисправне и због тога је покренут поступак хитне јавне набавке, а уколико и овај план пропадне доћи ће до расписивања међународног тендера.

Како објашњава Сања Миросављевић, пи-ар РФЗО-а, ова установа је непријатно изненађена непрофесионалним понашањем понуђача који су учествовали на конкурс. И претходни тендер је из истих разлога обустављен, јер ниједан од три понуђача, није испоштовао законски прописану процедуру у достављању прописане исправне документације.

– Ово надасве неодговорно понашање приватника у спровођењу поступка јавне набавке, довело је до пораста броја парова који чекају на интервенцију и онемогућавања спровођења права из обавезног здравственог осигурања. Имајући у виду да се број парова који чекају на вештачку оплодњу са 300, повећао на више од 500, али и због старосне границе жена, РФЗО ће спровести хитну јавну набавку и обавестити учеснике у претходним поступцима. Поступак хитне јавне набавке биће објављен и на порталу Управе за јавне набавке. Поново апелујемо на понуђаче да се уозбиље и поштују закон, како би се што пре закључили уговори са приватницима, а парови што пре нашли у улози родитеља. У супротном, бићемо принуђени да распишемо међународни

тендер – објаснила је Миросављевићева.

Вест о још једном неуспелом тендеру за укључивање приватника у процес вантелесне оплодње разочарала је невладине организације које се боре за остваривање права парова који не могу да добију потомство и којима је овај поступак једина шанса. Због великих гужви у државним клиникама, супружници који имају проблема са стерилитетом не могу да стигну на ред на обављање овог поступка о трошку државе.

Весна Миленковић, председница Удружења „Рода“, каже да су парови са нестрпљењем очекивали крај последњег тендера, да су шокирани због нових проблема, али да ће реаговати уколико се нешто не промени у наредних десетак дана.

– То значи да ћемо испред Владе Србије организовати мирне протесте парова са празним колицима. Нас не интересују разлози због чега је „пао“ тендер, једино нас занима да се процес вантелесне оплодње настави по нормалној процедури, јер више од 500 парова чека на интервенцију. Све ово што се дешава је велики стрес за све оне који покушавају да постану родитељи, а познато је колико то негативно може да се одрази на успех поступка. Чини се да је свест друштва када је наталитет у Србији у питању, нажалост, на веома ниском нивоу – истакла је Миленковићева.

У целој причи је најболније то што се „копља ломе“ на људима који не могу да имају децу, сматра Јелена Мисита, покретач психолошког Интернет саветовалишта www.hocubebu.rs, и наглашава да су сви збуњени, јер у РФЗО-у тврде да је документација приватника непотпуна, док приватници сматрају да прави разлог лежи у недостатку новца.

– Многи од оних који су у јуну добили коверте са обавештењем да треба да уђу у поступак налазе се на граници када је реч о годинама, односно жене су близу 40. године и ако ускоро не оду на интервенцију, може да се догоди да испадну из процеса и изгубе право на то. Битно је да људи схвате да нису сами и да сваки седми пар има проблема са остваривањем потомства – додала је Мисита.

Д. Давидов-Кесар

објављено: 19.11.2012.

Политика новине и Магазини д.о.о - Београд, Македонска 29, Србија

Državne klinike nemaju dovoljno kapaciteta za vantelesnu oplodnju

Tanjug | 25. jul 2013. 13:08 | Komentara: 4

Na vantelesnu oplodnju trenutno čeka 238 parova u Srbiji i neizvesno je kada će i da li će biti upućeni na ovu intervenciju o trošku zdravstvenog fonda



BEOGRAD - Na vantelesnu oplodnju trenutno čeka 238 parova u Srbiji i neizvesno je kada će i da li će biti upućeni na ovu intervenciju o trošku zdravstvenog fonda, jer u državnim klinikama kažu da nemaju dovoljno kapaciteta, a sa privatnim RFZO nije potpisao ugovor, istakli su danas članovi Udruženja pacijenata za vantelesnu oplodnju "Roda".

Predsednica ovog udruženja Vesna Milenković rekla je, na konferenciji za novinare, da je neizvesno da li će parovi, koji po odluci države imaju pravo o trošku fonda na vantelesnu oplodnju, to moći i da ostvare.

"Trenutno čeka 238 parova koji treba da budu upućeni u klinike na lečenje, ali je taj broj tri puta veći, jer ima dosta parova kojima treba da se urade još samo neke analize da bi imali kompletnu dokumentaciju", naglasila je Milenković.

Ona je dodala i da se iz godine u godinu stalno smanjuje broj parova kojima se o trošku države obavlja vantelesna oplodnja.

Predsednica udruženja je navela da mora jasno da se kaže koliko novca država izdvaja za parove koji žele da ostvare potomstvo, a ne mogu to prirodnim putem.

Predstavnici ovog udruženja upitali su se i zbog čega nema nikakvih informacija o trećem pokušaju vantelesne oplodnje o trošku grada Beograda.

Na diskriminaciju u ovoj oblasti ukazala je Jelena Bjeluš koja je naglasila da ona nema pravo da kao pacijent koji je lečen od karcinoma debelog creva ode na vantelesnu oplodnju o trošku države.

“Zbog čega meni neko uskraćuje pravo da budem roditelj? I ja želim da podarim nekome život, ja kojoj su predviđali da će nakon operacije živeti samo tri meseca, a evo živa sam i posle osam godina i osećam se odlično”, naglasila je Bjeluš.

U Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje kažu da je u toku priprema postupka javne nabavke za uključivanje privatnih klinika u postupak vantelesne oplodnje.

“Javna nabavka će biti raspisana za 913 parova koji će na vantelesnu ići u privatne klinike. Za tu namenu je izdvojeno 212 miliona dinara. U toku ove godine na vantelesnu u privatne klinike išlo je 450 žena od prošle godine, tako da će u ovoj godini, sve ukupno u privatnim klinikama biti urađeno 1.363 vantelesne oplodnje, što će RFZO koštati 340 miliona dinara”, rekla je potparolka RFZO Sanja Miroslavljevićeva.

Ona je navela da je, zaključno sa 23.julom, u državne zdravstvene ustanove upućen 1.351 par, a da su kapaciteti 1.461.

“Slobodnih mesta ima u Klinickom centru Nis -108 i Zdravstvenom centru Valjevo za 104 žene”, naglasila je ona i dodala da prema njihovim podacima na vantelesnu oplodnju sada čeka još 303 pacijenta iz Beograda, Vojvodine, Centalne i Zapadne Srbije.

22. 09. 2012. 00:01h | Sonja Todorović | foto: K. Kameronov
na čekanju 600 parova zbog spora klinika i RFZO
Za vantelesnu oplodnju traže 3.000 evra



Sudbina oko 600 parova koji čekaju na vantelesnu oplodnju o trošku države u ovom trenutku zavisi od privatnih ginekoloških klinika koje, kako "Blic" saznaje, ucenjuju državu. Oni ne žele da im Republički fond za zdravstveno osiguranje plaća po završenoj fazi oplodnje, već traže da im se za svaki par koji uđe u proceduru isplati po 3.000 evra.

RFZO želi da plaća po fazama, klinike traže novac odjednom

I tog razloga nije uspeo ni nedavni tender za uključivanje privatnih klinika u program vantelesne oplodnje o trošku RFZO jer su privatnici namerno, kako kažu sagovornici „Blica“, slali nepotpunu dokumentaciju.

Kako "Blic" saznaje, privatne klinike neće da pristanu da im Fond plaća po svakoj

završenoj fazi oplodnje, već žele da dobiju 3.000 po svakoj pacijentkinji koja uđe u proceduru, bez obzira na to da li je zarudnela ili stala ne nekoj od tri faza.

- Ranije se plaćalo po započetoj oplodnji. To konkretno znači da kada žena uđe u kliniku, počne da joj se radi stimulacija ovulacije, to se već smatralo da je u programu i za nju je država plaćala 3.000 evra. Međutim, da li je njoj do kraja završena vantelesna ili se desila hiperstimulacija, zbog čega vantelesna ne može da se završi, to niko iz Fonda nije znao. Zbog toga je ove godine RFZO odlučio da plaća po obavljenoj fazi, što znači da bi privatnici dobijali manje para ako bi žene došle samo do prve faze, a najviše bi se plaćalo po uspešnosti procedure - istiće izvor "Blica".

Potvrdu za ovu informaciju „Blic“ je dobio i u RFZO gde nam je rečeno da su iz tog razloga na tender stigle nepotpune ponude, iako je precizirano šta tenderska dokumentacija treba da sadrži.

- Rešili smo da plaćamo oplodnju po fazama da bi racionalno trošili. Posle prvog tendera imamo razloga da se pitamo da li nas privatnici opstruiraju. Bojazni ima jer smo pokrenuli novi tender i on će biti objavljen danas ili u utorak - kažu u RFZO.

Nijednog vlasnika privatnih klinika koje su se javile na tender nismo uspeli juče da dobijemo kako bi objasnili da li ucenjuju državu, a samim tim i pacijente koji čekaju da uđu u program besplatne vantelesne oplodnje.

Cene vantelesne oplodnje

Srbija - o trošku države	3.000 evra
Srbija - privatno	3.500 do 4.000 evra
Mađarska	1.800 do 2.100 evra
Češka	3.000 do 4.000 evra
Slovenija	2.000 evra
Makedonija	2.500 evra

2014 © - blic.rs

Društvo

Iz 1.000 pokušaja vantelesne oplodnje rodi se 300 beba

Sa problemom steriliteta suočava se veliki broj parova. – Jedan pokušaj veštačke oplodnje – 3.000 evra

Zašto se iz hiljadu pokušaja vantelesne oplodnje ne dobije isto toliko beba i zašto se ženama koje su zbog školovanja i karijere odlagale materinstvo, sada dva, a negde i tri pokušaja oplodnje plaćaju iz zajedničke zdravstvene kase – dva su najčešće laička pitanja u vezi sa veoma složenom oblašću lečenja steriliteta

Profesor dr Eliana Garalejić, načelnik Odeljenja za vantelesnu oplodnju Ginekolško klinike „Narodni front” u Beogradu, za „Politiku” kaže kako je sterilitet veliki individualni problem, ali i problem društva.

– Zbog problema neplodnosti pomoć traže svi: ljudi iz urbanih sredina i fakultetski obrazovani, ali i oni sa sela. Obično su samo uzroci steriliteta drugačiji. Žene koje rade u polju češće dobijaju zapaljenja jajnika, zatvore se jajovodi, što onemogućući začecje, dok su u gradskim sredinama pacijentkinje češće starije žene, koje su roditeljstvo čekale dok završe školu i profesionalno se dokažu, pa je kod njih uzrok steriliteta češće manjak jajnih ćelija, hormonska neravnoteža ili neka bolest – kaže naša sagovornica.

Kod muškaraca uzrok steriliteta je znatno lakše otkriti, uz pomoć spermograma i ponekad uzimanjem briseva. Uprkos ekonomskim teškoćama našeg zdravstva i države, dr Garalejićeva kaže da postoji mnogo argumenata da se plaćaju pokušaji oplodnje o trošku Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja (RFZO).

– Jedan pokušaj vantelesne oplodnje državu košta oko 3.000 evra, a često ne može sve da bude rešeno u prvom pokušaju, zbog stresa u kojem se par nalazi. To je najbolja investicija, jer nama ništa ne vrede autoputevi, fabrike ili škole, ako se ne rađaju bebe. Svi političari kažu da im je cilj povećanje nataliteta, zato ovakvo lečenje treba omogućiti većem broju ljudi koji žele da to urade, a sami ne mogu da finansiraju – kaže dr Garalejićeva.

Ona dodaje da bi idealno bilo da država plaća onoliki broj pokušaja koliko lekar smatra da je potrebno, naravno, uz uzimanje u obzir ekonomskih prilika. Drugo pogrešno razmišljanje je očekivanje da uspe svih 1.000 ili 2.000 plaćenih pokušaja vantelesne oplodnje.

– Ovakva računica nije realna, jer to nije moguće ni u prirodi, a vantelesna

oplodnja je čak prevazišla maksimum koji se događa u prirodi. Svaka treća žena koja započne ciklus vantelesne oplodnje i kod koje je uspeo embrio transfer – rodi dete. Od hiljadu pokušaja kod 30 odsto dolazi do uspeha: rađa se i više od 300 beba, jer su česti blizanci, pa i trojke. Samo u GAK „Narodni Front” rođeno je više od 500 beba iz vantelesne oplodnje za šest godina – kaže naša sagovornica.

Više od ovog broja, kaže naša sagovornica, nije realno očekivati, jer sve jajne ćelije i spermatozoidi nisu uvek zdravi. Ili, iako bebe, pod mikroskopom izgledaju briljantno, imaju neki genetski problem koji ne može da se otkrije, a kad priroda prepozna da nešto nije u redu, ona to zaustavi.

Uspeh zavisi od znanja ekipe i od uslova: prostora, aparata i najkvalitetnijeg potrošnog materijala i lekova. Znanje i iskustvo tima je, po tvrdnji dr Garalejićeve, veoma bitan faktor, jer ove procedure ne smeju da ugroze zdravlje žene.

Ona kaže da u toku procedure može da nastane niz komplikacija, uključujući i smrt, jer događa se da žena nekada ne zna da ima još neki zdravstveni problem, ili prećuti srčanu manu ili drugu bolest.

– Važno je da se prošire oni centri koji dobro rade. Jer, nije ista cena vantelesne oplodnje kada vam svaka druga žena ostane trudna ili ako ostane tek svaka peta. Optimalno po evropskim kriterijumima trebalo bi da se radi 7.000 vantelesnih oplodnji u Srbiji, a radi se najviše 2.000 – kaže naša sagovornica.

Dr Garalejićeva tvrdi da će žene koje su dobro organizovane, sva potrebna ispitivanja i analize završiti za dve do tri nedelje, a muškarci za jedan dan. Ova lekarka smatra da je vreme i da Srbija dobije prvu banku jajnih ćelija i da se donesu zakon i podzakonski akti koji dozvoljavaju i takvu vrstu oplodnje.

– Struka je to već tražila. Ogroman broj parova uzima bolovanje, izostaje sa posla, odlazi u inostranstvo, plaća stranim klinikama – objašnjava naša sagovornica. Program vantelesne oplodnje o trošku RFZO ograničen je samo na žene koje nemaju dete, a postoji veliki broj žena koje imaju jedno dete, na primer, iz prvog braka, ali ne mogu da ostanu trudne u drugom braku, pa nisu kandidati za vantelesnu oplodnju o trošku RFZO.

Olivera Popović

objavljeno: 19/05/2013

Summary

Primary goal of this paper is critical analysis of new reproductive technologies phenomenon and motherhood in our society. The present rise of modern technology has given hope to women who have failed to achieve this highly valued ideal of motherhood simultaneously imposing many ethical, legal, socio-cultural and gender issues related to assisted reproductive technologies (ART).

In the theoretical part I give an overview of the basic debate within feminist standpoint of ideology and the deconstruction of motherhood: showing the ways in which the female body is utilized for the purpose of increasing population growth as the key determinants of state policy and understanding of the motives for motherhood. Also, I explain discourses on the new reproductive technologies and their relationship to the concept of motherhood.

In the empirical part I explore the motivation of women for motherhood. Survey was conducted among 100 female respondents divided into two groups. Surveyed group was made out of 50 female respondents that undergo the procedure of in vitro fertilization at the Clinic for Gynecology and Obstetrics in Novi Sad, and control group was made out of 50 pregnant women hospitalized at the Clinic. The research results provide an opportunity for the conclusion of an average woman who is involved in a program of ART. In Serbia, there is a particular traditionalist use of assisted reproduction technologies in force, in comparison to other countries where donations (of sperm, egg and embryo) are being made, surrogate motherhood exists, as well as ART for same-sex marriages and for single women nominated by the Law on the treatment of infertility by biomedical assisted fertilization dated from 2009.

SADRŽAJ

1. UVOD >	7
1.1. Ideologija materinstva >	9
1.2. O rađanju i (ne)plodnosti u religijskom diskursu >	10
1.3. Izvori o neplodnosti iz etnoantropološke građe >	13
1.4. Feministička dekonstrukcija materinstva >	16
1.5. Definicije neplodnosti: biomedicinski diskurs >	19
1.6. Asistirane reproduktivne tehnologije-pravljenje beba u 21. veku >	20
1.7. Feministička kritika novih reproduktivnih tehnologija-feministička bioetika >	22
1.7.1. Feminizam i humana reprodukcija >	23
1.8. Motivacija za roditeljstvo >	25
1.8.1. Psihološka istraživanja neplodnosti i lečenja neplodnosti VTO >	29
1.8.2. Psihološki aspekti neplodnosti i stresori VTO >	31
1.9. Nacionalni program lečenja neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom u Srbiji >	34
2. CILJ >	38
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA >	40
3.1. Korpus podataka >	41
3.2. Metodologija anketiranja >	41
3.3. Instrument za prikupljanje podatka >	42
3.4. Statistička obrada podataka >	43
4. REZULTATI >	44
4.1. Sociodemografski podaci o ispitanicama >	44
4.2. Odnos prema braku i deci >	48
4.3. Odnos ispitanica prema vantelesnoj oplodnji >	51
4.4. Motivacija za materinstvom >	57
4.4.1. Analiza srednjih vrednosti po grupama motiva >	61
A) Analiza grupa motiva >	61
B) Analiza statističke značajnosti srednjih vrednosti dva nezavisna uzorka t - test >	64

C) Analiza motiva koji mere ekonomsku i socijalno-psihološku cenu materinstva > 64

4.5. Diskriminacija, status nerotkinje i emocionalni doživljaj steriliteta > 67

4.5.1. Diskriminacija > 67

4.5.2. Status nerotkinja u našem društvu > 67

4.5.3. Doživljaj steriliteta > 68

4.6. Analiza skale procene zadovoljstva životom > 70

4.7. Rezultati metode intersekcionalnosti > 70

5. ZAKLJUČAK > 74

6. LITERATURA > 77

7. PRILOZI. > 85

Summary > 112

Beleška o autorki > 115



Ksenija Kričković Pele, master rodnih studija, rođena je u Novom Sadu 1978. godine. Osnovnu školu „Braća Grulović“ završila je u Sremu, u Beški, a „Gimnaziju“ u Indiji, sa odličnim uspehom. Osnovne studije iz sociologije završila je na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu. Interesovanje za oblast zdravlja žena započinje radnim angažmanom na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. Temu za diplomski i istraživački rad bira u skladu sa interesovanjem za oblast humane reprodukcije te sa odličnim uspehom brani diplomski rad na temu: „Izvori za istraživanje društvenog aspekta steriliteta u Vojvodini“, koji je ujedno bio i prvi rad iz oblasti sociologije medicine na Filozofskom fakultetu. Zanimanje za politike ženskog zdravlja nastavlja da razvija u Centru za rodne studije – ACIMSI Univerziteta u Novom Sadu, gde s proleća 2014. uspešno brani master rad na temu: „Vantelesna oplodnja – rodne i društvene kontroverze“.

Kao administratorka i stručna saradnica, učestvuje u nekoliko istraživačkih projekata Odbora za pronatalitetnu populacionu politiku Grada Novog Sada, Pokrajinskog sekretarijata za sport i omladinu i Pokrajinskog sekretarijata za nauku i tehnološki razvoj AP Vojvodine. Učestovala je u sprovođenju dva međunarodna IPA projekta. Pohađala je niz seminara i obuka iz oblasti civilnog društva i suzbijanja nasilja nad ženama.

Živi u Vojvodini, sa sinom i suprugom.