

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Silvija Fekonja

Naslov naloge: Informiranost partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

Kraj: Ljubljana

Leto: 2009

Število strani:

Število slik: 0

Število tabel: 1

Število prilog: 3

Število grafikonov: 0

Mentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Deskriptorji: umetna oploditev, zdravljenje neplodnosti, vzroki za neplodnost, informiranost partnerjev

Povzetek:

Diplomska naloga temelji na teoretičnih in praktičnih spoznanjih zdravljenja neplodnosti v Sloveniji in težavah parov, ki se soočajo z neplodnostjo. V teoretičnem delu so izpostavljena izhodišča vezana na reprodukcijo človeka in odločitev za starševstvo. Teoretična spoznanja so vezana na ugotavljanje plodnosti, vzroke za neplodnost pri moških in ženskah, ter diagnosticiranje in zdravljenje neplodnosti. Predstavljena je tema socialnega starševstva ter socialno delo v zdravstvu.

V empiričnem delu naloge na podlagi analize intervjujev s pari, ki potrebujejo postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), ugotavljamo, da se pari srečujejo s težavami, kot so: predolge čakalne dobe za postopek, vpliv hormonske terapije na razpoloženje in počutje žensk ter s tem posledično na partnerski odnos, premalo informiranja o poteku postopka, premalo intimnosti in prijaznosti s strani zdravstvenega in medicinskega osebja. Ugotavljamo tudi, da je oploditev z biomedicinsko pomočjo še vedno tabu tema, da pari o njem spregovorijo le v ožji skupini z ljudmi, ki so imeli ali imajo podobno izkušnjo. Pari bi potrebovali krajše čakalne dobe, več empatije s strani zdravstvenega in medicinskega osebja, širše dostopno literaturo s področja zdravljenja neplodnosti s postopki OBMP, detabuizacijo zdravljenja v širši javnosti.

Title: The information level of the couples that need the insemination by biomedical assistance

Descriptors: artificial insemination, infertility treatment, partners' information level

Abstract:

The diploma thesis is based on theoretical and practical findings in the field of infertility treatment in Slovenia and the difficulties of the couples that are confronted with infertility.

In the theoretical part, the focus is on the theoretical starting points dealing with human reproduction and parenthood decision. The theoretical findings deal with fertility assessment, reasons for infertility in men and women, infertility diagnosis and its treatment. Social parenthood is, as well, substantiated by the theoretical facts, which are later on followed by theme of social work in health service.

In the empirical part of my thesis, based on the analysis of the interviews with the couples that need the procedures of insemination by biomedical assistance, I have come to a conclusion that the couples are faced with difficulties such as: long waiting list for the procedures, the effect of the hormonal therapy on women's mood and state of health, and, as a consequence, on relation between partners, lack of information about the procedures, lack of intimacy and kindness from the part of medical staff. I have also ascertained that the insemination by biomedical assistance is still a taboo topic and that couples feel comfortable talking about it only in small groups, with people who have or had a similar experience.

The couples need shorter waiting list, empathy from the part of medical staff, easily accessible literature from the field of infertility treatment by biomedical assistance, and the public to overcome the taboo of this type of treatment.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**INFORMIRANOST PARTNERJEV O POSTOPKIH OPLODITVE Z
BIOMEDICINSKO POMOČJO**

Mentorica: doc. dr. Liljana Rihter

SILVIJA FEKONJA

Ljubljana 2009

ZAHVALA

Mnogi so me v času študija in nastajanja diplomskega dela vzpodbujali, mi nudili podporo in nesebično pomoč. Vsem sem hvaležna, nekaterim pa dolgujem še posebno zahvalo.

Iskrena hvala mentorici doc. dr. Liljani Rihter za vse organizacijske smernice, strokovne nasvete in podporo pri nastajanju diplomskega dela.

Hvala vsem domačim, še posebej nečakinji Katji in prijateljicama Maji in Poloni, ki so me vzpodbujali.

Silvija Fekonja

PREDGOVOR

V preteklosti je za nekatere rojstvo otroka pomenilo breme in strošek, ki si ga niso mogli privoščiti, za matere nezakonskih otrok in njihove otroke sramoto. Cerkev je vplivala na spolno življenje ljudi, prepovedovala je vsakršno obliko kontracepcije ali nadzorovanje rojstev. Čeprav je bil vpliv cerkve močan, so ljudje individualno posegali po raznih oblikah nadzora rojstev, pogost je bil tudi detomor, saj je zaradi pomanjkanja v marsikateri družini otrok predstavljal dodatno breme. V primeru, ko paru ni uspelo imeti otrok, je to bilo sramotno za žensko. Postala je manjvredna in nemalokrat je bila za to kaznovana s strani partnerja, njegove družine in tudi širše okolice.

V sodobnem času se ženske svobodno odločajo o rojstvu otrok. Uporaba kontracepcije je najlažja oblika nadzora zanositve. Vsaki ženski je dostopna brezplačna oblika kontracepcije, možen je tudi splav. Mnoge ženske se za otroka ne odločijo, ker dajo prednost študiju, karieri ali pa življenju z manj skrbi. Veliko žensk oz. parov se odloči za otroka šele po izpolnjenih stanovanjskih ter poklicno-kariernih ambicijah. Na drugi strani se za nekatere partnerje življenje ne odvija tako, kot si ga zamišljajo in načrtujejo. Želijo si otrok in ponavadi se po daljšem času nezaščitenih spolnih odnosih začnejo spraševati, zakaj ne uspe.

Lastna družina je postala nedoločen pojem zaradi povečane pluralnosti različnih oblik družinskih skupnosti (začasni, poskusni zakon, neformalna partnerstva, družine samohranilk ali samohranilcev, itd.). Vse manj je jasno, kaj naj bi bila »norma« ali pričakovano stanje na področju partnerskih, zakonskih in družinskih skupnosti. Spreminjajo in predvsem relativizirajo se spolne vloge v družini in družbi (Ule, Mihelj 1995: 17).

Temo diplomske naloge sem izbrala zaradi lastne izkušnje težav in ovir pri načrtovanju družine. S partnerjem sva se po nekaj letih skupnega življenja odločila, da bova imela otroka. Po letu dni sva se prvič soočila s tem, da otrok za naju ni nekaj samoumevnega. Po enem letu neuspešnih poskusov sva se na mojo pobudo odločila, da poiščeva pomoč. Zdravljenje je potekalo po različnih ginekoloških klinikah, tudi v tujini. Po opravljenih preiskavah sem imela opravljene potrebne operativne posege, prejela sem tudi hormonsko terapijo. Vendar vse to ni prineslo želenih rezultatov. Nekaj let kasneje sem vstopila v program oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju OBMP). Zdravljenje je potekalo 7 let. Žal do sedaj

brez uspeha. V teh letih pa sem se veliko naučila za življenje in podrobno spoznala postopke in posege. Spoznala sem veliko ljudi, ki se srečujejo s tovrstnimi težavami in na lastni koži preizkusila moč pomoči medsebojnega sodelovanja in podpore. Soočila pa sem se tudi z nekaj pomanjkljivosti. Znanje in izkušnje pridobljene v času zdravljenja, podkrepljene s strokovno literaturo in izkušnjami žensk, ki so se prav tako zdravile v postopku OBMP, želim podati v tej nalogi.

KAZALO DIPLOMSKE NALOGE

PREDGOVOR

KAZALO

1. TEORETIČNI UVOD	6
1.1 REPRODUKCIJA ČLOVEKA IN ODLOČITEV ZA STARŠEVSTVO	6
1.1.1. Partnerska zveza in družina	7
1.2 (NE)PLODNOST	9
1.2.1 Naravna plodnost in neplodnost	9
1.2.2 Vzroki za neplodnost pri moških	11
1.2.3 Vzroki za neplodnost pri ženskah	12
1.3 ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI	14
1.3.1 Diagnostika in zdravljenje neplodnost	14
1.3.2 Postopki in metode	14
1.3.3 Pravice parov, ki imajo težave zaradi neplodnosti	17
1.3.4 Donacija spolne celice	19
1.3.5 Neuspešno zdravljenje neplodnosti	20
1.4 SOCIALNO STARŠEVSTVO	23
1.4.1 Družbeni vidiki zdravljenja neplodnosti	24
1.5 SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU	26
2 PROBLEM	28
3 METODA	31
3.1 Vrsta raziskave in spremenljivke	31
3.2 Merski instrumenti in viri podatkov	31
3.3 Populacija in vzorčenje	31
3.4 Zbiranje podatkov	31
3.5 Analiza podatkov	32
4 REZULTATI IN RAZPRAVA	38
5 SKLEPI	45
6 PREDLOGI	46
7 LITERATURA IN VIRI	47
8 POVZETEK	50
9 PRILOGE	51

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 REPRODUKCIJA ČLOVEKA IN ODLOČITEV ZA STARŠEVSTVO

Reprodukcija človeka pomeni ohranjanje človeške vrste. V sodobnih državah je vsakomur zagotovljena možnost za svobodno odločanje o rojstvu otrok.

Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločajo za rojstva svojih otrok (Ustava RS, Uradni list RS, št. 56/2005: 55. člen,). Svobodno odločanje o rojstvu otroka se v zdravstveni sferi kaže tako kot pomoč pri nadzoru rojstev: kontracepcija, sterilizacija in umetna prekinitev nosečnosti, kot tudi zdravstveno varstvo in pomoč tistim, ki so neuspešni pri spontani zanositvi s postopki zdravljenja neplodnosti in umetnimi oploditvami.

Za starše je vrednost otrok neprecenljiva, povečuje se tudi odgovornost staršev, da zagotovijo svojim otrokom čim boljši telesni, duševni in socialni razvoj. Vsaka družba mora biti ne glede na svoje ekonomske, civilizacijske in kulturne posebnosti zainteresirana za celostno in reproduktivno zdravje svojih prebivalcev (Takač, 2007).

Biološka reprodukcija je tako pomembna, da je za vse evropske in ameriške države značilno, da so si različne politike izborile pravico reguliranja reprodukcije, saj gre za vprašanje novo rojenih otrok. Uporablja jo zgodovinsko in antropološko perspektivo je raziskovalec uspelo, da so mnogi izmed njih glavni vzrok in izvor neenakosti med spoloma našli prav v pomenu, ki ga ima biološka reprodukcija za človeške skupnosti. Ker sta rojevanje in skrb za majhne otroke (posebno laktacija) ključni za družbeno reprodukcijo, moški pa niso sposobni biološke reprodukcije brez žensk, so moški začeli ženske nadzorovati. Pridobili so si nadzor nad žensko reprodukcijo in jo podredili svojim potrebam. Po prepričanju nekaterih antropologov torej moški nadzorujejo ženske, da bi nadzorovali reprodukcijo (Zaviršek 2006: 200).

Odločitev za starševstvo je povezana tudi z ekonomsko neodvisnostjo. Vendar pa je ekonomska neodvisnost mladih ljudi postala vprašljiva zaradi velikih in naglih sprememb na področju dela in zaposlitve, kjer se kažejo trendi odpravljanja institucije trajne in trdne

zaposlitve ter ostre delitve dela in prostega časa. Za prehod v odraslost je vse bolj značilno nihanje med občasnimi zaposlitvami in nujnost dodatnega šolanja zaradi do- ali prekvalifikacij. To pa podaljšuje ekonomsko odvisnost in podrejenost šolskim institucijam (Ule, Mihelj 1995: 17).

1.1.1 Partnerska zveza in družina

Svobodna odločitev o rojstvu otroka je tako pravica posameznika oziroma družine, kot jo opredeljuje naša zakonodaja. Družina je življenjska skupnost otroka z enim ali obema staršema ali z drugo odraslo osebo, če ta trajno skrbi za otroka in ima po zakonu do otroka dolžnosti in pravice. Zaradi koristi otrok uživa družina posebno varstvo države (ZZZDR, Uradni list RS, št. 69-3093/2004: 2. člen).

Zupančič in Novak (2005: 125) pravita, da je že iz zakona razvidno, da družino ustvari otrok; če ni otroka, ni družine. Življenjska skupnost moškega in ženske brez otroka ne pomeni družine, ne glede na to ali gre za zakonsko zvezo ali zunajzakonsko skupnost. Za družino šteje tudi primer, ko otrok živi z enim roditeljem ali posvojiteljem.

Eia Asen (1995: 110–117) govori o tem, da je starševstvo za večino parov otipljivo znamenje njihove ljubezni. Želja po razmnoževanju je prepletena z željo, da bi ustvarili svojega in partnerjevega potomca. Obstajajo še drugi razlogi za odločitev za starševstvo kot na primer: otrok kot darilo starim staršem, otrok kot lepilo, otrok kot nadomestek, otrok kot priložnost za spremembo. To vsekakor niso pravi razlogi za odločitev za rojstvo otroka, zato naj partnerja dobro pretehtata dobre in slabe strani rojstva otroka. Naravno je, da se ob tako pomembni odločitvi počutimo razdvojene, saj rojstvo otroka temeljito spremeni naše življenje in vpliva na partnersko razmerje. Večina parov po določenem času skupnega življenja, vendarle čuti željo po otroku, vendar se po odločitvi lahko pojavijo tudi težave z zanositvijo.

Življenje v partnerski zvezi lahko pomeni veliko mero ugodnosti, vendar tudi odgovornosti in prilagajanja, kar pa se z odločitvijo za otroka še poveča. Zato sodobna družba večkrat daje prednost drugim življenjskim ciljem in izzivom, kar povzroči, da se za otroka partnerja odločita dokaj pozno.

Ule in Kuhar (2003: 54) pravita, da se partnerja odločata za rojstvo otrok šele v zrelem življenjskem obdobju. V poteku partnerstva in oblikovanju družine lahko torej zasledimo naslednje vzorce:

- da se podaljšuje čas med oblikovanjem partnerske skupnosti in rojstvom prvega otroka;
- da se partnerska skupnost oz. zakon oblikuje šele v zrelih letih partnerjev oz.
- da je čas vzpostavljanja partnerske skupnosti vedno bolj razpršen.

Zaradi zgoraj omenjenih sprememb v odnosu do družinskega življenja, prihaja do večje pluralizacije družinskega življenja (Beck, 1994; po Ule, Kuhar 2003). Poleg tega nastajajo nove družinske skupnosti zaradi ločitve, izgube partnerja. Biološko starševstvo vse bolj nadomešča socialno starševstvo, kjer v vlogi starša nastopa tisti, ki v resnici živi in skrbi za otroka.

Družinska skupina je prvi socialni sistem, v katerem otrok živi in ki s svojimi značilnostmi vpliva na osebnost otroka v vseh fazah njegovega razvoja. Starši so pomembni drugi, ki določajo svet, ki ga otrok mora internalizirati (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 23).

Vse pogostejše ločevanje med zakonsko zvezo in biološko reprodukcijo pa je deloma vplivalo tudi na zmanjšanje rojstev otrok v zakonski zvezi. Ljudje, ki se ponovno poročijo, »prinesejo« v zakon otroke, ki izhajajo iz drugih bioloških povezav, podobno je tudi z ljudmi, ki za to, da postanejo starši, uporabljajo nove reproduktivne tehnologije. V obeh primerih je v sistem zakonske zveze ali zunajzakonske skupnosti vključenih več ljudi, ki razširjajo model zakonske zveze, ki naj bi z otroki tvorila homogeno genetsko biološko skupino. V primeru novih reproduktivnih tehnologij, ki temeljijo na pogodbenih razmerjih (prostovoljno darovanje jajčnih celic ali sperme, ali primeri gestacijskih mater), se nekdanji »naravni« procesi spreminjajo v pogodbeno konsenzualne in pogosto vključujejo komodifikacijo rojevanja (predvsem v primeru plačila za gestacijske usluge). Tako se tisto, kar je bilo znotraj tradicionalne zakonske zveze razumljeno kot del naravnih instinktov (materinski čut, očetovski instinkt, starševstvo temelječe na bioloških povezavi, skrb za nebogljene in ostarele kot posledica biološke povezanosti, ljubezen med družinskimi člani kot biološka instinktivnost), spreminja v zavestne odločitve in izbire, ki so manj podrejene patriarhalnim kulturnim vzorcem (Zaviršek 2006: 200-201).

1.2 (NE)PLODNOST

1.2.1. Naravna plodnost in neplodnost

O naravni plodnosti govorimo, če ženska zanosi v ovulatornem ciklusu. Možnost za zanositev in rojstvo živega in zdravega otroka je podana, če pri ženski v rodnem obdobju delujejo vsi organi in organski sistemi, ki so udeleženi v tem procesu. Možnosti, da plodna ženska zanosi v prvem ovulatornem ciklusu, so 20-30 %, le 13% žensk pa zanosi po več kot enem letu nezavarovanih spolnih odnosov. Z leti plodnost ženske in moškega pada. Na plodnost tako ženske kot moškega vpliva tudi nezdrav način življenja. Po definiciji SZO je par neploden, če ženska po rednih spolnih odnosih brez uporabe kontracepcije ne zanosi v 12 mesecih (Meden –Vrtovec, Virant-Klun 2002: 98).

Par, ki se eno leto trudi za zanositev, se začne spraševati, kaj je narobe in kakšni so vzroki za njun neuspeh. Prve se o tem ponavadi začnejo spraševati ženske. Ob tem postanejo pozorne na plodne dneve, in se odpravijo na prvi posvet k ginekologinji, ki jih pouči še o drugih metodah.

Težave pri spočetju otroka ima kar 10-15% spolno zrele populacije, kar kaže da je neplodnost oz. zmanjšana plodnost pogost pojav (Takač, 2007).

V primeru, ko je plodnost zmanjšana pri ženi, možu ali obeh, je doba za naravno spočetje lahko zelo dolga, ali pa je spočetje brez medicinske pomoči nemogoče. Neplodnost ali zmanjšana plodnost je pogost pojav, saj eden od desetih parov ne uspe spočeti otroka v želenem obdobju. Današnje medicinsko znanje omogoča uspešno terapijo neplodnosti pri 60% do 70% neplodnih parov (Vlaisavljević 2001:1).

Pari v času, ko želijo zanositi, uporabljajo naravne metode, kot so: merjenje bazalne temperature, spremljanje izcedka za ugotovitev plodnih dni in tudi uporaba položajev, ki spodbujajo zanositev. Ženska tako iz meseca v mesec pozorno spremlja svoje telo in čaka na morebiten izostanek menstruacije, ki je prvi pokazatelj nosečnosti. Spolnost za mnoge pare tako spremeni pomen, postane obremenjujoča, mehanska, kot sredstvo za pridobitev težko

pričakovanega otroka. Žensko, ki ne zanosi po preteklih šestih mesecih (odvisno od starosti para) od posveta, ginekologinja z napotnico napoti v najbližji OBMP center.

Za prvi pregled v OBMP centru je čakalna doba 6-12 mesecev. Čakalna doba je odvisna od števila interesentov za poseg, razpoložljivih zdravnikov (v primeru bolniške in porodniške se zdravniki ne nadomeščajo) in obsega plačanega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (<http://www.ivf-mb.com>).

Neplodnost pri parih narašča, vzroki naj bi bili predvsem v porastu bolezni ženskih spolnih organov, v odlaganju rojstva prvega otroka, v slabšanju kakovosti semena pri moških in nezdravem načinu življenja. Deloma se ugotovi več primerov neplodnosti zaradi vedno boljših diagnostičnih in terapevtskih postopkov (Meden-Vrtovec, Virant-Klun 2002: 98).

Neplodnost je lahko primarna ali sekundarna. Primarna neplodnost pomeni, da ženska ni nikoli zanosila, moški pa ni nikoli oplodil nobene partnerke. Sekundarna neplodnost pomeni, da ženska ne more ponovno zanositi, partner pa ne more ponovno oploditi partnerke. Vzroke za neplodnost iščejo pri obeh spolih sočasno, upoštevajoč pravilo, da enostavne preiskave opravijo pri obeh hkrati. Že na začetku v diagnostiko vključijo tudi moškega. Preiskave, ki ne zahtevajo anestezije (spermogram, hormonske preiskave, ultrazvok...), opravijo pred tistimi, ki to zahtevajo (histeroskopija, laparoskopija...). Preiskave se opravljajo v najprimernejšem delu menstrualnega cikla zaradi natančnega vrednotenja rezultatov. Če najdejo en vzrok za neplodnost, ne smejo opustiti celotne obdelave para, saj gre pri 15% posameznih parov za več vzrokov, ki se med seboj prepletajo, pri petini obravnavanih pa najdejo vzrok za neplodnost pri obeh partnerjih (Borko, Takač 2006: 318).

Velika psihična napetost, stresni dogodki in travme, zaporedje malih travm, moteni družinski odnosi, čustveni pretresi prek osrednjega živčevja povzročijo neuravnovešeno delovanje jajčnikov in tako povzročijo tudi izostanek ovulacije.

1.2.2 Vzroki za neplodnost pri moškem

Kadar govorimo o moški neplodnosti, moramo upoštevati dejstvo, da je po merilih Svetovne zdravstvene organizacije par neploden že, če ženska ne zanosi po 12 mesecih normalnih spolnih odnosov brez uporabe kontracepcije. Če je vzrok za neplodnost slaba kakovost sperme, govorimo o moški neplodnosti. Ta je lahko prirojena ali pridobljena. Prirojeno neplodnost povzročijo genetske nepravilnosti zarodka in vplivi okolja v času razvoja gonad. Pridobljena neplodnost pa je posledica škodljivih vplivov okolja (bolezni, strupi..) po rojstvu. Včasih so prirojeni in pridobljeni vzroki tako prepleteni, da jih je težko opredeliti. Vzroke neplodnosti lahko razdelimo tudi drugače: na tiste, pri katerih je moten razvoj semenčic v modih, in na druge, pri katerih je moten prenos zrelih semenčic iz mod v sečnico in iz nje ob spolnem odnosu v nožnico. Včasih vzroka za moško neplodnost ne najdejo; takrat govorijo o idiopatski neplodnosti (Zorn, Drobnič 2002: 104-110).

Zgoraj navedena avtorja navajata naslednje vzroke neplodnosti moškega (*ibidem.*):

1. slaba kakovost sperme
2. azoospermija
3. genetske nepravilnosti:
 - kromosomske nepravilnosti
 - genske mutacije
4. negenetski vzroki:
 - retinirano modo
 - motnje v pretoku krvi
 - vnetje spolovil
 - hormonski vzroki
 - imunski vzroki
 - spolne motnje
 - motnje erekcije in ejakulacije
 - rak moda
 - sindrom Kartanager
 - vplivi načina življenja, zdravlil, sevanja in strupov
 - onesnaženo okolje

- psihološki stres (hud psihološki stres, ki ga povzročata na primer smrt v družini ali zemeljski potres, negativno vplivata na gibljivost semenčic. Psihološki stres lahko vpliva poslabša kakovost semena. Negativno lahko vpliva na število semenčic, njihovo gibljivost in morfolologijo. Pomembno je, da je par čim manj izpostavljen psihološkemu stresu in čim bolj sproščen).

1.2.3 Vzroki za neplodnost pri ženskah:

Možnost za zanositev in rojstvo živega in zdravega otroka je podana, če pri ženski v rodnem obdobju normalno delujejo vsi organi in organski sistemi, ki so udeleženi v tem procesu. Pri zdravi ženski se mora v sredini menstruacijskega ciklusa iz jajčnika vsak mesec sprostiti zrela jajčna celica, sposobna oploditve. Preiskave v zvezi z neplodnostjo se začnejo, kadar do nosečnosti ne pride po enem letu rednih spolnih odnosov (2-3 krat tedensko), brez uporabe kontracepcije. Glavni vzroki neplodnosti pri ženskah so:

1. Neprehodni ali odstranjeni jajcevedi
2. Endometrioza
3. Nepravilno oblikovana ali pregrajena maternica
4. Vnetje maternične sluznice
5. Nepravilno delovanje jajčnika
6. Imunski vzroki
7. Psihološki vzroki
8. Nezdrav način življenja (Meden-Vrtovec 2002: 101-103).

Marija Perkovič pravi: »Neplodnost je velika psihološka obremenitev. Odkritje, da imamo reproduktivne težave je ne največkrat zelo dramatično. Občutki krivde, sramu, težave pri pogovoru z drugimi (velikokrat tudi s svojimi najbližjimi), občutek osamljenosti. Pomembno je, da te ni sram in da poiščeš pomoč ne glede na to kakšna je težava. Neplodnost je pogosta bolezen, za izmenjavo izkušenj, zdravljenja neplodnosti, informiranje in enostavne pogovore so na voljo društva, srečanja, internetne strani in forum.«
(<http://www.med.over.net/neplodnost>).

Velika psihična napetost, stresni dogodki in travme, zaporedje malih travm, moteni družinski odnosi, čustveni pretresi prek osrednjega živčevja povzročijo neuravnovešeno delovanje jajčnikov in s tem izostanek ovulacije. Pri zdravljenju neplodnega para je zato nujno sodelovanje psihologa. Prizadete bolnice lahko razvijejo tudi stanje zmanjšanega libida in bolečih spolnih odnosov (Meden –Vrtovec 2002: 102).

Raziskave so pokazale veliko tesnobe pri parih, ki so se podvrgli zdravljenju neplodnosti, a tudi zelo visok odstotek depresije po neuspešnem zdravljenju, katere klinično izražanje zelo spominja na objokovanje umrle bližnje osebe. Misel, da je neplodnost posledica vplivov psiholoških dejavnikov, izhaja iz številnih legend, ki plodnosti pripisujejo mitsko naravo (metanje riža na mladoporočenca, vezanje konzerv na avtomobile...) (Kojić 2005).

1.3 ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI

1.3.1 Diagnostika in zdravljenje neplodnosti

Na prvem pregledu ženski opravijo osnovne preiskave: hormonske teste in ultrazvok, v primeru nepravilnosti pa tudi laporoskopijo (boleča preiskava, s katero ugotavljajo prehodnost jajcevodov).

V primeru nejasnosti ali slabših izvidov najprej ponudijo ženski dodatno hormonsko terapijo, ki spodbuja ovulacijo in s tem poveča možnost zanositve. V primeru ugotovljenih fizičnih nepravilnosti, se le te odpravijo s operativnimi posegi. Če še vedno ne pride do želene nosečnosti, paru svetujejo OBMP postopek.

V času prejemanja hormonske terapije se ženske lahko soočajo s psihičnimi in fizičnimi težavami, ki se kažejo v obliki motenj razpoloženja, strahu, slabosti, napihnenostjo, nihanjem telesne teže... Hormonska terapija je večkrat tudi razlog za konflikte med partnerjema. Poraja se vprašanje, kaj je še v mejah normale, imajo občutek, da so skozi postopek prepuščene same sebi (Meden-Vrtovec 2002: 103).

1.3.2 Postopki in metode oploditve z biomedicinsko pomočjo

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo so postopki oploditve, ki se s pomočjo biomedicinske znanosti izvajajo z namenom zanositve na drug način kot s spolnim odnosom (ZZNPOB, Uradni list RS, št. 70/2000: 1. odst. 4 čl.).

Pod izrazom oploditev z biomedicinsko pomočjo razumemo različne postopke zdravljenja neplodnosti. Mednje štejemo:

Znotrajtelesna oploditev oz. umetna osemenitev, ki se opravlja predvsem v primerih, ko je vzrok neplodnosti na strani moškega. Do oploditve pride v materinem telesu na dva načina. Po prvem načinu se vnesejo v spolne organe ženske zgolj semenske celice po drugem pa tudi jajčne celice. Torej ločimo dve vrsti znotrajtelesne oploditve:

- Umetna oploditev s partnerjevim semenom (homologna inseminacija): Pri tem postopku se vnese pripravljeno seme v maternico s posebnim katetrom. Postopek se uporablja pri zmanjšani prehodnosti jajcevodov in slabše gibljivih semenčicah. Uporabi se partnerjevo seme.
- Umetna oploditev s semenom drugega moškega (heterologna inseminacija): Pri tem postopku se vnese pripravljeno seme v maternico s posebnim katetrom. Postopek se uporablja pri zmanjšani prehodnosti jajcevodov in slabše gibljivih semenčicah. Uporabi se pa darovano seme drugega moškega (Ograjšek 1989: 363).

Zunajtelesna oploditev (in vitro fertilizacija - IVF) je metoda, pri kateri se v telo ženske prenese zarodek. Opravlja se le pri parih, pri katerih so bile izčrpane vse ostale možnosti, ki bi privedle do oploditve po naravni poti. Ženska pa mora izpolnjevati tudi druge pogoje. Imeti mora vsaj en delujoč jajčnik in maternico, zdravo maternično sluznico, mora biti telesno in duševno zdrava in v starosti, ki je primerna za rojevanje (do 42 let). Postopek poteka tako, da po hormonskem vzpodbujanju jajčnikov in po pregledu z ultrazvokom pridobijo iz jajčnika jajčne celice in jih zunaj telesa oplodijo s pripravljenim semenom. Nato v maternico vnesejo zarodke. Vsak prenos oplojene jajčne celice v maternico se žal ne konča z nosečnostjo, saj je uspešnost tega postopka odvisna od mnogih drugih dejavnikov (Meden-Vrtovec 2002: 103).

Tudi pri postopkih zunajtelesne oploditve poznamo več vrst:

- Klasični postopek zunajtelesne oploditve (IVF): Tukaj po opravljeni punkciji jajčec pripravljeno seme po kapljicah dodajajo vsaki jajčni celici v epruveti z gojiščem. Semenčice se vežejo na jajčne celice in oplodijo jajčno celico. Postopek se uporablja pri parih, kjer zaradi telesnih vzrokov ni možna naravna oploditev ali umetna osemenitev in kadar ima moški dovolj zdrave semenčice.
- ICSI: Postopek se uporablja v primeru indikacij moške neplodnosti (slaba kakovost semena, semenčic iz mod ali nadmodnika) in predhodnih neuspešnih poskusov IVF postopkov. S tem postopkom pod invertnim mikroskopom s stekleno pipeto v vsako jajčno celico mikro inicirajo po eno semenčico, s čimer obidejo vse prepreke, ki jih semenčice zaradi slabe kakovosti ne bi prešle. Izognejo se fiziološkemu procesu semenčic potrebnih za oploditev jajčne celice (Meden-Vrtovec, Virant-Klun 2002: 97).

Vlaisavljević govori o tem, da se na čakalno listo za OBMP uvrstijo pacientke po tem, ko zberejo njihovo dokumentacijo v center za OBMP. Lečeči zdravnik pripravi ustrezno dokumentacijo za konzilij (sestane 4 zdravnikov, ki postopek odobrijo ali ne). V primeru, da se paru odobri postopek, je pisno obveščen o uvrstitvi v program in ima pravico do vpogleda v čakalno listo. Pacientke, ki so že imele neuspešen IVF poskus, so z datumom punkcije avtomatsko uvrščene na čakalno listo za naslednji poskus (Vlaisavljević 2001:2).

Možnost za opravljanje postopkov IVF je odvisna od čakalne dobe, le-ta pa od števila interesentov za poseg in obsega plačanega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V izbranih centrih za IVF postopke je lahko do leta 2008 vsaka zavarovanka opravila štiri brezplačne zunajtelesne oploditve v rodnem obdobju, po četrtem poizkusu je bil vsak naslednji samoplačniški. Pacientke, ki so imele neuspešen poizkus IVF, so bile ponovno uvrščene na čakalno listo za naslednji poizkus. Med IVF postopkom želijo spodbuditi k razvoju in zorenju več jajčnih mehurčkov (foliklov), ker lahko tako dobijo več jajčec, kar pripomore k boljšemu rezultatu postopkov zunajtelesne oploditve. V ta namen se uporabljajo zdravila. Z ultrazvokom ginekologi redno spremljajo rast foliklov in če je njihova rast primerna, dobi ženska tako imenovano »stop« injekcijo, ki prepreči, da bi folikel počil. Čez 12 ur sledi punkcija jajčec, ki jo opravijo brez anestetikov le izjemoma v popolni ali delni anesteziji. Po punkciji jajčeca odnesejo v laboratorij, kjer jih po metodi IVF ali ICSI združijo s semenčecem. V primeru, da se zarodek oz. »marula« primerno razvija, ga 4.-10. dan vstavijo v maternico. Ženska naj v tem času miruje in po 10 dnevih s krvno preiskavo BHCG nosečnost potrdijo ali ne. V primeru treh neuspešnih poskusov IVF se pri četrtem, torej pri do nedavnega zadnjem plačnem s strani ZZZS, lahko na željo para odločijo za ICSI (Vlaisavljević 2001: 1-5).

Leta 2008 je bilo sprejeto dopolnilo zakona o OBMP (Uradni list RS, št. 70/2000), s katerim so povečali sredstva namenjena OBMP postopkom. Pari imajo sedaj na voljo 6 brezplačnih postopkov do dopolnjenega 42. leta starosti ženske.

Pri omejevanju števila poskusov OBMP se porajajo številne dileme. Vemo, da gre za omejevanje predvsem iz ekonomskih in ne iz medicinskih razlogov, saj je dokazano, da večje število prenosov zarodkov povečuje skupen uspeh zdravljenja; uspešnost se s ponavljanjem postopkov ne zmanjšuje. V zvezi z omejevanjem števila postopkov se pojavlja resna

nevarnost, da se ekonomsko-tržni interes dvigne nad osnovni medicinski interes (Tomažević 2002: 214).

Vlaisavljević kot enega od pomembnih dejavnikov, ki vpliva na uspešnost postopka oploditve z OBMP, omenja starost ženske, kakor tudi starost darovalke spolne celice (Vlaisavljević, 2006: 40). Tomažević pa izpostavlja etično dilemo starosti zakoncev oz. zunajzakonskih partnerjev, saj bi naj pričakovali, da bosta starša opravljala starševske pravice in dolžnosti v korist otroka. Opisan porod 63 letne ženske, ki je zanosila s pomočjo heterolognega postopka OBMP (vstavljen zarodek), imenuje absurdna situacija. Etično nesprejemljivo je, da mlade ženske prodajajo svoje spolne celice, ženske v starostni dobi, ki ni več primerna za rojevanje, pa jih kupujejo. Pri nas je darovalstvo dovoljeno le iz medicinskih razlogov, izključuje pa se darovalstvo iz starostnih razlogov. Zgornja meja za oploditev z OBMP je pri nas za žensko 43 let. Starostne meje za moške ni (Tomažević 2002: 213).

Leta 1978 se je rodila prva deklica iz epruvete, od takrat se je v svetu s pomočjo OBMP rodilo že več kot 3 milijone otrok. Po podatkih za leto 2006 je bilo v Sloveniji opravljenih 1291 poskusov OBMP na milijon prebivalcev, kar nas za Dansko, Finsko in Ciprom uvršča na 4. mesto v Evropi. Še dve mesti višje smo uvrščeni glede na delež OBMP otrok. Leta 2006 je bilo takih 3,2 % vseh v Sloveniji rojenih otrok, višji delež ima le Danska in sicer 4,2 %. Podatki torej kažejo, da v Sloveniji pozdravijo skoraj 70 % neplodnost (Štefanič 2007).

1.3.3 Pravice parov, ki imajo težave zaradi neplodnosti

Kljub spremembam se tradicionalne oblike nadzorovanja reprodukcije v Sloveniji danes manifestirajo prav na področju uporabe novih reproduktivnih tehnologij, ki jih je država privilegirala za poročene raznospolne pare (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih z biomedicinsko pomočjo, Uradni list RS, št. 70/02).

Reproduktivne tehnologije bi morale biti dostopne vsem, saj gre za pozitivno pravico (Blank, Merrick 1995: 99). Ustavna dolžnost države je, da zagotovi možnost reprodukcije vsem, saj pri pravici do otrok ne razlikuje glede na spolno usmerjenost in zakonski status (upoštevaje 14. in 55. člen Ustave, Slovenija zagotavlja enake možnosti za vse pri svobodnem odločanju o

rojstvu otrok.). Posameznike država kljub temu izključuje, ko omogoča pravico do otroka le določenim skupinam upravičencem, med tem ko je selektivna do drugih. Gre za binarno razlikovanje; ko začnemo govoriti o pozitivnih pravicah le določenih skupin, s tem potegnemo črto, kjer ene vključimo, druge pa izključimo. Sprejetje pozitivne pravice do umetne oploditve samskih žensk in istospolnih partnerjev in nadomestnega materinstva bi vplivalo na poraz uporabe postopkov oplojevanja z biomedicinsko pomočjo, kar bi posledično spodbudilo tudi porast mreže reproduktivnih storitev oziroma služb in navsezadnje povzročilo pritisk na vlado države, da bi finančno podprla te storitve (Urh 2009: 111-112).

Navkljub razvoju reproduktivne medicine in njeni široki dostopnosti se preteklo urejanje spolnosti izraža v uredbah o tem, kdo ima dostop do nove reproduktivne tehnologije in kakšen je vrednosti sistem posameznikov in družbe do tega vprašanja. Biološko reprodukcijo lahko z vidika državnih rodnostih in družinskih politik delimo na zaželeno in nezaželeno. Najbolj zaželeno reprodukcijo se dogaja med večinsko etnično skupino z javno izraženo raznospolno orientacijo, manj zaželeno pa je vsa preostala manjšinska reprodukcija, naj gre za pripadnike etničnih manjšin, ljudi najnižjih socialnih slojev, spolne manjšine ali hendikepirane posameznike in posameznice. Ker je reproduktivna tehnologija v Sloveniji namenjena le raznospolnim parom, je otrok, rojenih z njeno pomočjo, tudi pol manj kot na primer na Danskem. Tako naj bi se leta 2003 v Sloveniji po uradnih statističnih podatkih izmed vseh novorojenih rodilo 3,6 odstotka otrok, spočetih s pomočjo reproduktivne tehnologije, na Danskem pa 6 odstotkov (v Evropi naj bi bilo danes okrog 2 milijona otrok, ki so bili rojeni z uporabo novih reproduktivnih tehnologij) (Zaviršek 2006: 199).

Tradicionalna zakonska zveza, kot jo poznamo v Sloveniji, z vidika reprodukcije diskriminira neporočene ljudi in reprodukcijsko tehnologijo spremeni v privilegij poročenih, obenem pa nakazuje dileme, do katerih pride, ko tehnologija prinaša paradigmatične družbene spremembe, tradicionalni vrednostni sistem pa te spremembe poskuša »korigirati« in jih zaustaviti. Z brezplačnimi poskusi zanositve z medicinsko pomočjo, ki jih plačajo državljani in državljanke poročenim parom, se reprodukcija slednjih v javnem govoru vzpostavi kot zaželeno norma. Tako se institucija zakonske zveze razkrije kot izključevalna (Zaviršek 2006: 201-202).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju dopolnjuje 55. člen Ustave s tem, ko določa da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije krije stroške storitev v zvezi z ugotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno osemenitev v višini 85% vrednosti storitve. Vendar obstaja tudi krog oseb, ki niso obvezno zavarovane in morajo stroške zdravljenja v celoti kriti same. Zavod krije stroške štirih poskusov zunajtelesne oploditve (od leta 2008 šest poskusov), kar pa v nekaterih primerih ne zadostuje za uspešno zanositev in par, ki si želi nadaljnjih postopkov, mora stroške le-te kriti sam. Lahko bi rekli, da te določbe na nek način omejujejo svobodno odločanje o rojstvu otrok in enakopravnost pred zakonom (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 11/03, 126/03, 20/04, 62/05, 76/05, 21/06, 38/06, 72/06, 114/06, 91/07).

Istospolna partnerstva in samske ženske v Sloveniji nimajo pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo. Zalka Drglin (2002; po Urh 2009: 113) navaja, da so samske ženske v 70. letih 20. stoletja v Sloveniji oz. na področju Jugoslavije imele možnost umetne oploditve. Zakon o zdravstvenih ukrepih je v tistem času določal širok krog upravičenk do umetne oploditve, ki je zajemal vse polnoletne razsodne zdrave ženske v starostnem obdobju, ki je primerno za rojevanje. Ugotavlja, da je v tistem času z umetno oploditvijo zanosilo vsaj 40 samskih žensk oz. žensk, ki niso živele v zvezi z moškim. Zdi se, da je bila pred več kot 30. leti pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok pravičnejša kot danes.

1.3.4 Donacija spolne celice

Darovane spolne celice se lahko uporabijo, kadar po izkušnjah biomedicinske znanosti ni možno, da bi prišlo do nosečnosti z uporabo spolnih celic zakoncev ali zunajzakonskih partnerjev, ali če je to potrebno za preprečitev dedovanja hude dedne bolezni na otroka (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih z biomedicinsko pomočjo- OBMP, Uradni list RS, št. 70/2000: 2. odst.8. čl.).

Darovalec spolne celice je lahko zdrav moški star od 18-55 let in zdrava ženska stara 18-35 let. Darovalce in darovalke zdravniško pregledajo. Ocenijo telesno in duševno zdravje ter naredijo preiskave na spolno prenosljive bolezni. Par je v primeru, ko eden od njiju potrebuje spolno celico, uvrščen na donatorsko čakalno listo. Po naši zakonodaji je dovoljeno

donatorstvo oz. prejem ene spolne celice za razliko od drugih držav, kjer je prisotna pluralnost oblik OBMP- oplojevanje samskih žensk (pri nas so to možnost zavrnil v okviru referendum leta 2001), homoseksualnih parov, nadomestno materinstvo. Samske ženske, ki si želijo otroka, so tako v naši državi zelo omejene, tako da se dogaja, da se odločijo in izberejo zdravljenje v drugih državah. Tudi pari, ki potrebujejo obe spolni celici, se odpravljajo v tujino, kjer je mogoča oploditev z zarodkom (otrok in starši nimajo skupne genske osnove). Darovano seme zamrznejo. Darovana jajčeca pa najprej oplodijo s semenom partnerja prejemnice in nato zarodke zamrznejo. Po šestmesečni varovalni dobi, v primeru, da so testi na spolno prenosljive bolezni negativni, uporabijo odmrznjeno seme oz. prenesejo odmrznjene zarodke v maternico. Ko je par na vrsti za postopek OBMP, ženska začne prejemati hormonsko terapijo - v začetni fazi v obliki hormonskih tablet, ki se nadgradi s prejetjem hormonskih injekcij, ki vzpodbujajo v jajčniku rast večjega števila jajčnih celic (v naravnem ciklusu mesečno dozori ena jajčna celica). Zaradi možnosti hiperstimulacije jajčnikov mora biti ženska pod kontrolo in redno pregledana z ultrazvokom. Pinter govori o tem, da darovanje spolne celice ni plačano, povrne se le pavšal potnih stroškov in pol dnevnice, zato je glavni motiv darovanja altruizem. Darovalec ali darovalka lahko daruje spolno celico v največ dve družini. Primanjkuje tako moških, še posebej pa ženskih darovalcev (Pinter, Tomaževič, Meden-Vrtovec, Drobnič, Virant-Klun, Korošec, et al. 2006: 463-468).

Dorijan Keržan (2009: 135) omenja, da sta na strani naravnega starševstva možni dve vezi med starši in otroki. Genetska vez je mogoča pri materi in očetu, in krvna, substancialna vez, ki je možna le z materjo in se vzpostavlja skozi nosečnost. V nadaljevanju se sprašuje ali je genetsko in substancialno vez res mogoče povezati in enačiti z naravno. Postopki darovanja v okviru novih reprodukcijskih tehnologij namreč predpostavljajo, da je genetska vez kot vir sorodstvene oz. starševske povezanosti v celoti zanemarjena, saj je darovanje celice načeloma anonimno.

1.3.5. Neuspešno zdravljenje neplodnosti

Vse manj je parov, ki jim zdravniki ne morejo pomagati in vse več je tistih, ki jim lahko. Pri ženski neplodnost je edini razlog, da ji ne morejo pomagati, če nima jajčnih celic. Podobno

velja za moškega, ki nima moških spolnih celic. Pri nas ni mogoče, da bi si ženska sama našla darovalko, saj naš zakon tega ne dopušča. Tudi če bi darovala jajčno celico, misleč, da jo bo potem dobila točno določena prosilka, se to zagotovo ne bo zgodilo, ker naši zakoni zahtevajo, da je darovalka vedno prav tako anonimna (Vlaisavljevič 2006: 34-41).

V primeru, ko pari po zdravljenju neplodnosti in umetnih oploditvah ne dosežejo zastavljenega cilja - to je rojstvo otroka - ima to na vsak par močan vpliv in čustva so podobna čustvom žalovanja pri izgubi ljubljene osebe (Kuebler 1986: 96):

- zanikanje - v tej fazi se pari ne morejo sprijazniti, da ne dobijo otroka
- napadalnost - pare muči vprašanje: »Zakaj ravno midva?« velikokrat so razdražljivi, slabe volje...
- pogajanje - ko sprejmejo resničnost, si izberejo nov cilj, alternativne rešitve
- depresija - doleti pare, ki se znajo sprijazniti s realnim stanjem in ne iščejo novih možnosti
- sprejetje - pari se sprijaznijo s stanjem, diagnozo, se umirijo in iščejo nove poti.

Tako se pari, pri katerih ne pride do zanositve in poroda, v fazi sprejetja odločajo za nove poti. Mnogi se odločijo za posvojitev otroka ali rejništvo. Kot alternativno izbiro pa lahko opredelimo tudi, kadar ljudje opustijo misel na starševstvo in izpolnitveno vlogo najdejo ob hišnih ljubljenceh, se posvetijo karieri, si umislijo nove aktivnosti ali se prostovoljno udeležujejo v raznih aktivnostih.

Pri parih, ki se neuspešno trudijo za zanositev, opažam, da se, nekateri začnejo načrtno izogibati prijateljem, ki že imajo otroke, saj jim druženje z njimi povzroča bolečino. Na drugi strani pa opazim pare, ki nasprotno od prvih iščejo prav družbo, kjer je veliko otrok. Pripravljeni so skrbeti zanje, jim pomagati pri varstvu, vozijo jih v vrtec,... na tak način kompenzirajo svoj primanjkljaj.

Zdravljenje neplodnosti je za večino parov stresno in neprijetno. Dogaja se, da želja po otroku pri enem od partnerjev prevladuje. Kar pa lahko vodi tudi v razpad partnerstva. Mnogi si poiščejo novega partnerja, s katerim imajo možnost za zanositev.

Ko je bil postopek neuspešen, se par ponovno vpiše na čakalno listo za OBMP. Par se uvrsti na čakalno listo pod pogoji, da oba dasta pisno privolitev ter da je vsaj ena spolna celica

primerna za zunajtelesno oploditev, ženska mora biti psihično in fizično zdrava ženska, ter mora imeti pogoje za razvoj ploda (maternico). Čakalno doba za postopek je ponovno 12 mesecev. Izjema je pri ženskah starejših od 40 let, ki so uvrščene na prednostno čakalno listo in imajo pravico do dveh postopkov OBMP letno. Pri moškem je v čakalnem obdobju potrebno opraviti spermogram (Vlaisavljevič 2006: 34-41).

1.4 SOCIALNO STARŠEVSTVO

Socialno starševstvo je socialna kategorija in koncept, ki zaradi družbenih sprememb pridobiva vse večjo pozornost. Opisuje tip sorodstvenega razmerja, ki ni klasično biološko (zlasti v odnosu starši- otrok), ampak socialno. Poudarja socialno povezanost, ki je stalna čustvena in ekonomska ter zaobjema opravljanje starševskih funkcij v daljšem časovnem razdobju. V Sloveniji se prevlada biološkega nad socialnim kaže ne le v zakonodaji, temveč tudi na ravni vsakdanjih družbenih reprezentacij in tradicij (»kri ni voda!«, demonizacija »mačeh« in »očimov«) (Zaviršek, Leskošek, Urek, Urh, Sobočan 2007: 174).

Danes je lahko vključeno v rojstvo otroka pet oseb: darovalec moške spolne celice, darovalka ženske spolne celice, nadomestna ali rodna mama, ki je otroka donosila (rodila), in starši, ki so si otroka želeli in sklenili skrbeti zanj in imajo gledano iz perspektive krvnih povezav status socialnih staršev, sicer so pa otrokovi starši (Zaviršek 2009: 10).

Špela Urh (2009: 111) poudarja, da oploditve z biomedicinsko pomočjo ustvarjajo vsaj pet novih kategorij:

- genetsko mamó (ki omogoči žensko spolno celico);
- gestacijsko oziroma biološko mamó (ki donosi otroka in so ji včasih rekli nadomestna mama);
- socialno (formalno) mamó (ki skrbi za otroka);
- genetskega očeta;
- socialnega (formalnega) očeta.

Gre za nova razmerja, ki predstavljajo odmik od tradicionalnih bioloških razmerij (biološka mama in biološki oče).

Vlaisavljević Veljko (2009: 3-5) v prispevku Poldruga Slovenija iz epruvete govori o tem, da zaradi neliberalnega zakona v Sloveniji ni možna oploditev samskih žensk, kakor tudi tistih v istospolnih zvezah in ne darovanja zarodkov in nadomestnega materinstva. Ženske so zato v naši državi pri izbiri prikrajšane, vendar meni, da to ni stvar zakonodaje ampak konsenza v družbi, v kateri mora nekdo postaviti standarde in o tem ne bi smelo biti referendum, kajti referendum vseh, ki odločajo o neki majhni skupini ljudi, se mu ne zdi znak demokratične družbe (primer: Referendum o oploditvi samskih žensk z biomedicinsko pomočjo leta 2001).

V Sloveniji opazna kognitivna disonanca je posledica razlik med normativnim in dejanskim:

- razkorak med pluralnostjo družinskih oblik in monolitno predstavo o »družini«;
- poudarjanje bioloških ali krvnih vezi pred socialnimi, čeprav so slednje pogoste;
- simbolne reprezentacije krvnih zvez kot tistih, ki proizvajajo nekaj »svojega« (»poskrbel bom zanj, saj je moj!«), v smislu nadaljevanja vrste (»kri ni voda«) in dejansko vsakdanje življenje ljudi v socialnih intimnih zvezah, ki niso utemeljene ne na krvni ne na poročni zvezi;
- vse pogostejša uporaba novih reproduktivnih tehnologij in ohranjanje videza heterospolne družine povezane po krvnih vezeh; pomanjkanje modelov in podob, ki bi utrdile normalnost različnosti; razkorak med vsakdanjim življenjem in pripovedovanjem (ljudje, ki imajo socialne starše in ki so socialni starši, o tem ne govorijo);
- razkorak med vsakdanjim življenjem in družinsko zakonodajo, ki določene oblike socialnega starševstva ne legitimira kot pravno veljavno starševstvo in ne upošteva dedne ureditve, ki ne bi temeljila na krvnih vezeh;
- velik razkorak med slovensko zakonodajo in naprednimi zahodnimi zakonodajami (vključno z deli ZDA, Kanade, Izraelom, Avstralijo, Južno Afriko), kjer so različne oblike socialnega starševstva formalnopravno urejene (Zaviršek, 2009: 15).

1.4.1 Družbeni vidiki zdravljenja neplodnosti

Ena najbolj izstopajočih ugotovitev raziskave Socialno starševstvo kot ključni vidik sodobnih družinskih politik je molk o osebnih izkušnjah umetne oploditve v širši javnosti. O osebnih izkušnjah sogovorniki najpogosteje ne govorijo, pogosto umetne oploditve ne razkrijejo niti najožji socialni mreži (družinskim članom, sorodnikom, prijateljem). Tema ostaja ozko osredotočena na zdravstveno osebje in ljudi, ki delijo podobno izkušnjo. Umetno oplojevanje postaja področje zasebnega. V družbi je prisoten mit, da je materinstvo največ, kar lahko ženska v življenju doseže oz. narobe, da ni prava ženska, če nima otroka. To je še posebej izrazito v družbenih odzivih do žensk, ki se odločijo, da ne bodo imele otrok. Družba jih pogosto označi za sebične in odklonske. Tabuizacija umetne oploditve se kaže tudi v odnosu staršev do otrok. Noben od sogovornikov iz heteroseksualne partnerske zveze, ki že ima

otroka, ne želi o tem govoriti z otrokom oz. mu nima namena razkriti, da je bil umetno oplojen z darovano celico (Urh 2009: 117).

1.5 SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU

Stroka in znanost socialnega dela v zdravstvu sta v zadnjem desetletju doživeli velike spremembe in skokovit razmah, ki ga spremljajo temeljni konceptualni premiki v zdravstvenem sistemu. Stopnja socialne varnosti je pomembno odvisna tudi od dostopa storitev javnih služb, zlasti socialnih in zdravstvenih. Razširjeni strokovni kolegij za področje socialnega dela v zdravstvu pomeni proučevanje in refleksijo temeljev socialnega dela v zdravstvu kakor tudi prostor za razmišljanja, povezana s spremembami in procesi, ki se napovedujejo v zdravstvu. Kot najvišje avtonomno strokovno telo za posamezno področje pomeni velik napredek za stroko socialnega dela v zdravstvu, kar je pokazala raziskava v Republiki Hrvaški. Neumeščenost profila socialnega delavca v zdravstvu in stroke socialnega dela v obstoječi zakonodaji pa postavlja socialne delavce in institucije, kjer delamo, v dilemo in težave (Jelač 2008: 152).

Odnos med socialno delavko in uporabnico definiramo kot delovni odnos, ki je opora socialni delavki, da vzpostavi pogovor, ki omogoča raziskovanje in sooblikovanje dobrih izidov.

Elementi delovnega odnosa so:

- dogovor o sodelovanju;
- instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev;
- osebno vodenje.

Vendar tako opredeljen delovni odnos težko vzdržujemo in ohranimo, če se v praksi ne naslonimo še na štiri pomembne sodobne koncepte v socialnem delu, ki so:

- perspektiva moči;
- etika udeležnosti
- znanje za ravnanje;
- ravnanje s sedanjostjo ali koncept so-prisotnosti (Čačinovič-Vogrinčič 2006: 15).

Zdravstvo je po svoji naravi blizu sociali. Obema je skupna pomoč človeku v njegovi nemoči (Ramovš 1995: 262). Definicija o zdravju, ki jo je leta 1948 sprejela Svetovna zdravstvena organizacija, je socialno delo in socialnega delavca dokončno povezala z zdravstvenimi delavci. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot popolno fizično, psihično in socialno blaginjo, zato prisotnost socialnega delavca v zdravstvenih organizacijah ni slučajno.

Posebnosti socialnega dela v zdravstvu:

- socialni delavec bolnika običajno ne obravnava dolgo;
- gre za posege ob krizah, ki lahko nastanejo v zvezi z boleznijo ali neodvisno od nje;
- stranka socialnega delavca je vedno bolan človek, kar pomeni, da je pri delu potrebno upoštevati tudi njegovo posebno duševno stanje oz. stanje njegovih svojcev; socialni delavec nastopa kot para medicinski profil (Eržen, Stevanovič 2002: 40).

Socialni delavci na področju zdravstva so večinoma omenjeni kot dejavni na področju dela s starimi (nameščanje v dom starejših občanov, ali urejanje druge pomoči), ter na področju duševnega zdravja (nastanitev oseb v javnem zavodu in delo z njimi. Opazen pa je primanjkljaj dela socialnih delavcev na drugih področjih dela v zdravstvu, kjer se prav tako kažejo potrebe (npr: pari, ki se soočijo z neplodnostjo, potrebujejo OBMP... so prav tako potrebni pomoči v obliki podpore, svetovanja, informiranja.). Vloga socialnega delavca bi lahko bila v oblikovanju skupin za samopomoč in vodenju pri drugih oblikah pomoči. Razlog za primanjkljaj socialnega dela v zdravstvu lahko najdemo v premajhnem številu zaposlenih. V zdravstvenih institucijah Republike Sloveniji je zaposlen le po en socialni delavec/ka, Raziskava, ki jo je opravila Diana Jeleč (2008: 345), potrjuje prisotnost izgorevanja socialnih delavk v zdravstvu.

Urh (2009: 119-120) v svoji raziskavi Socialno psihološke podpore zdravstvenega osebja v postopkih umetne oploditve ugotavlja, da ženske, ki so imele več neuspešnih poskusov umetne oploditve v Sloveniji, opozarjajo na pomanjkljivo strokovno podporo medicinskega osebja na klinikah v Sloveniji. Klinike v Sloveniji, kjer opravljajo umetno oplojevanje, navadno »pacientom« omogočijo tudi svetovanje psihologa ali svetovanje socialnega delavca, vendar sogovornice tam niso našle želene podpore. Tudi ženske, ki so na kliniki opravljale različne preglede in posege pred postopkom umetne oploditve, so bile nad delom zdravstvenega osebja razočarane. Pričakovale so več informacij o postopkih in več sočutja. Zato je eden od predlogov za kvalitetnejšo obravnavo potreba po večji občutljivosti strokovnjakov, ki prihajajo v stik z osebami v postopkih umetne oploditve.

2 PROBLEM

Problematika informiranosti partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo se me je dotaknila osebno, ker sem tudi sama imela izkušnjo zdravljenja neplodnosti in bila udeležena v postopku OBMP. Skozi zdravljenje sem spoznavala postopke, zdravstveno osebje, njihov odnos, problematiko čakalne dobe, doživljala osebne spremembe zaradi hormonske terapije, morebitne konflikte med partnerjema oz. vpliv zdravljenja na medsebojno razumevanje, probleme zaradi starostne omejitve, finančne omejitve s strani ZZZS (število brezplačnih postopkov, čakalne dobe, oprema, prostori, zdravstveno in medicinsko osebje).

Tako opažam, da je pri zdravljenju kar nekaj pomanjkljivosti, ki parom otežujejo zdravljenje ali jih drugače odvrnejo od zdravljenja in se zanj sploh ne odločijo. Eden izmed poglavitnih dejavnikov, ki jih želim izpostaviti, je pomanjkanje informacij.

Zdravstveno osebje je preobremenjeno, njihovo delo je omejeno le na nujno medicinsko informiranje in postopke, pozablja pa se na tisti del, ki je pri zdravljenju z OBMP velikega pomena. Mnogi bi odločitev za zdravljenje sprejeli hitreje in pogumneje, če bi imeli dovolj informacij in primerne spodbude. Tisti, ki so pomoč že iskali, pa lahko naletijo na ovire, ki jih sami ne znajo ali zmorejo premostiti, zato zdravljenje prehitro zaključijo.

Pari se za načrtovanje družine odločajo pozno, najpogosteje lahko to povezujemo s finančno nestabilnostjo oz. potrebo mladih ljudi, da si najprej zagotovijo materialno stabilnost, šele na to razmišljajo o načrtovanju družine. Starost pa ima pomembno vlogo v povezavi s plodnostjo, saj se z leti zmanjšuje verjetnost zanositve, poleg tega pa je pri nas z zakonom omejena starost žensk za zdravljenje z OBMP.

Druga pomembna ovira, ki jo opažam, je dejstvo, da ostajajo pari, predvsem pa ženske skozi postopke velikokrat nerazumljene in osamljene, tudi stigmatizirane s strani ožje in širše okolice. Pari na svoja vprašanja ne dobijo odgovora. Obstajajo sicer spletne klepetalnice, vendar informacije, po katerih sprašujejo, niso popolne in merodajne.

Velikokrat informacije potrebuje partner, da bi lažje razumel hormonske spremembe in druge stranske učinke, ki spremljajo predvsem partnerko, da bi jo tako znal primerno podpreti. Menim, da je potrebna podpora partnerjema, da vzdržita pritiske in da to ne omaja njunega partnerskega odnosa.

Tematika neplodnosti ostaja »tabu« tema in tudi literature s tega področja je malo. Nekoliko več je napisanega le s strani strokovnjakov z medicinskega področja (postopki, načini zdravljenja). Literature iz ne-medicinskega področja glede zdravljenja neplodnosti pa skorajda ni.

Obdobje zdravljenja pomembno vpliva in zaznamuje sedanji in prihodnji čas posameznika in partnerskega odnosa, pozitivna izkušnja v prvem postopku te lahko napolni z voljo in energijo za naslednji postopek. Negativno obarvana izkušnja pa te lahko odvrne od želje po naslednjih poskusih.

Mag. Viktorija Bevc (2002: 43-55) v prispevku Kvalitetnejše preživljanje prostega časa udeležencev programa psihosocialne pomoči v zakonski krizi zaradi neplodnosti, opisuje doživljanje parov, ki so bili vključeni v zdravljenje z OBMP. Morebitne posledice za par, ki ima težave zaradi neplodnosti, združi v šest faz, preko katerih gredo pari:

- 1. faza: začetki zavedanja, da je zanositev problem
- 2. faza: par poišče zdravniško pomoč in prične zdravljenje neplodnosti
- 3. faza: par se pogrezne v problem neplodnosti, pozornost para se omeji zgolj na problem zanositve, hrepenenje po otroku se sprevrže v hrepenenje po otroku za vsako ceno
- 4. faza: par prične iskati alternativne možnosti zanositve (umetna oploditev, sprejem spolnih celic darovalcev)
- 5. faza: soočenje z resnico neplodnosti para. Žalovanje zaradi izgube otroka, ki ga nikoli ni bilo, razočaranje zaradi nezanositve, razočaranje z zdravljenjem. Iskanje drugih odločitev: rejništvo, posvojitev ali odločitev živeti brez otroka.
- 6. faza: soočanje s posledicami neplodnosti, realno sprejetje neplodnosti.

Pare se nekje v začetku pete faze, po dolгих letih razočaranj, obupa, močne želje po otroku usmeri v iskanje drugih rešitev, saj je zdravljenje končano in ni dalo zelenih rezultatov.

Zaradi lastnih izkušenj z zdravljenjem neplodnosti, ki niso bile vedno pozitivne, me je zanimalo, kako ta postopek doživljajo še drugi pari. Ključne raziskovalne teme so bile:

- starost, ob kateri se pari odločajo za zdravljenje in povod za zdravljenje
- vpliv zdravljenja na partnerski odnos
- potek zdravljenja (vrste preiskav, menjanje OBMP centra, ...)
- zadovoljstvo s potekom zdravljenja oz. pomanjkljivosti
- alternativne možnosti (posvojitev, donacija spolnih celic)
- informiranost partnerjev (informiranosti s strani zdravstvene službe, medsebojna samopomoč).

3 METODA

3.1 Vrsta raziskave in spremenljivke

Raziskava je kvalitativna. Na osnovi pripravljenih smernic sem izvedla intervjuje in jih analizirala po postopku kvalitativne analize. Ključne teme so:

- povod za zdravljenje
- trajanje zdravljenja
- uspešnost zdravljenja
- informiranost parov o poteku zdravljenja.

3.2 Merski instrumenti in viri podatkov

Podatke za analizo sem zbirala na podlagi izdelanih smernic za intervju z delno usmerjenimi intervjuji. Vprašanja za intervjuje sem izbrala na podlagi lastnih izkušenj in glede na formulacijo problema, ki sem jo predhodno zastavila.

3.3 Populacija in vzorčenje

Populacijo raziskave sestavljajo ženske in moški, ki so bili v zadnjih petih letih vsaj enkrat vključeni v postopek OBMP. Vzorec je bil izbran neslučajnostno in priložnostno, sestavljale so ga ženske, stare od 30 – 41 let in 26 letni moški, s katerimi sem vzpostavila stik v času zdravljenja. Opravila sem 6 intervjujev.

3.4. Zbiranje podatkov

Podatke za raziskavo sem dobila z delno usmerjenimi intervjuji s petimi ženskami in enim moškim. Intervjuji so potekali na domovih intervjuvancev, v mesecu oktobru 2008. Intervjuji so bili posneti na diktafon nato pa prepisani ter vneseni v računalnik.

3.5 Analiza podatkov

Analiza intervjujev je potekala tako, da sem intervjuje najprej prepisala (vsi intervjuji so v prilogi št. 2).

Nato sem kodirala izbrane in izpisane izjave, kar je v kratkem izseku predstavljeno spodaj, v celoti pa je ta del analize v prilogi št.1.

3.5.1. Kodiranje zbranih in izpisanih izjav

Tabela 3.1.: Koliko ste stari, ali že imate otroke?

	Spremenljivke: starost, št. živorojenih otrok
1. Stara sem 38 let, otrok še žal nimam.	38 let, nič otrok
2. Star sem 26 let, otrok še nimava	26 let, nič otrok
3. Stara sem 34 let, otrok še nimam	34 let, nič otrok
4. Stara sem 36 let, imam 16. mesecev staro hčerko iz postopka OBMP	36 let, že ima otroka
5. 41 let. Imam 2 otroka, vendar posvojena	41 let, 2 otroka
6. Stara sem 40 let, imela sem en splav in imam sina	40 let, ima otroka

3.5.2. Hierarhična ureditev pojmov

Nadalje sem v postopku pojme hierarhično uredila:

Starost:

38 let (1)

26 let (2)

34 let (3)

36 let (4)

41 let (5)

40 let (6)

Število otrok

1 otrok (4,6)

brez otrok (1, 2, 3)

posvojeni(5)

Povod:

Partner (2)

Partnerka (1, 3, 4, 5, 6)

Čas do 1. zdravljenja:

1 leto do 1 leto in pol (1, 2, 3,4)

Po nekaj letih (5, 6)

Težave pri odločanju:

Naporno odločanje (1, 6)

Vrste preiskav:

Partner:

-spermiogram (1, 2, 4, 5, 6) ,

- biopsija testisov (4)

Partnerka:

- hormonski testi (1),

- pregled prehodnosti jajcevodov (1, 6),

- IVF (2, 3),

- ICSI (2),

- HSG (3)

- laparoskopija (3, 5),

- histeroskopija (3),

- inseminacija (3)

Trajanje zdravljenja:

1 leto (4)

3 leta (3)

4 leta (2)

10 let (6)

13 let (1)

ne več (5)

Menjava OBMP centra:

Da (1, 2),

- Vzrok za da:
 - o krajše čakalne dobe (1,2),
 - o drugačna zdravila (1),
 - o dostopnost in organizacija centra (1,2).

Ne (3, 4, 5, 6),

- Vzroki za ne:
 - o iskanje centra z bolj individualno obravnavo (3),
 - o imava namen ob ponovnem neuspehu (3,4),
 - o zaradi oddaljenosti (5,6)

Število postopkov:

2 postopka (3)

3 postopki (1, 4, 5, 6)

5 postopkov (2)

Splav (1, 6)

Zanositev (1, 4, 6)

Vpliv zdravljenja na partnerski odnos:

Učinki zdravljenja (hormonske terapije) kot stres za partnersko zvezo (1, 2, 5, 6)

Izkušnja utrdi partnersko zvezo (2, 3, 4, 5, 6)

Zadovoljstvo s potekom zdravljenja:

Ne (2, 3, 5)

Da (1, 4, 6)

Informacije:

Pomanjkanje (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Odnos osebja:

Zadovoljiv (4,5, 6)

Nezadovoljstvo z osebjem (1, 2, 3, 6)

Umetna prekinitev nosečnosti (v primeru težje razvojne ali genske bolezni zarodka)

Da (1, 2, 3, 4 6)

Ne (5)

Donatorska celica:

Da (1, 2, 3, 4, 5)

Ne (6)

Posvojitev:

Da (2, 3, 4, 5, 6)

Ne (1)

Pogovor o OBMP postopkih z drugimi

Pogovor na lastno pobudo (1, 3, 4),

Pogovor na pobudo drugih (2, 5, 6)

Informiranje otroka o načinu spočetja:

Da (1, 2, 3, 4, 5, 6),

- Ob primerni starosti (1, 3, 4, 6)

Potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP

Čakalne dobe (1, 2, 3, 4 5, 6)

Več informacij (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Intimnost (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Primernejši prostori (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Plačilo postopkov (6)

Obravnava pacienta (isti zdravnik)(2, 3)

3.5.3. Definicija osnovnih pojmov

STAROST

Starost intervjuvancev pomeni, koliko so bili intervjuvanci stari ob izvedbi intervjujev.

ŠTEVILO OTROK

Pomeni, koliko otrok ima oseba v času opravljenega intervjuja.

POVOD

Pomeni, kdo izmed partnerjev je dal povod za začetek zdravljenja.

ČAS DO 1. ZDRAVLJENJA

Pomeni, koliko časa je dejansko preteklo, preden se je par začel zdraviti.

VRSTE PREISKAV

Pojem vključuje vrste preiskav za ugotavljanje vzrokov neplodnosti, ki so bile opravljene na parih.

TRAJANJE ZDRAVLJENJA

Pomeni dejansko trajanje zdravljenja vključno z OBMP postopki pri parih.

MENJAVA OBMP CENTRA

Pojem vključuje odločitev za menjavo OBMP centra in vzroke za to odločitev.

ŠTEVILO POSTOPKOV

Pomeni, koliko postopkov OBMP ima par za seboj.

VPLIV ZDRAVLJENJA NA PARTNERSKI ODNOS:

Pojem vključuje oceno tega, kakšni so bili učinki zdravljenja na partnersko zvezo.

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI (V PRIMERU TEŽJE RAZVOJNE ALI GENSKE BOLEZNI ZARODKA)

Vključuje mnenje o možnosti prekinitve nosečnosti v primerih težje razvojne napake ali genetske bolezni zarodka.

DONATORSKA CELICA:

Vključuje mnenje o tem, kdo od parov bi bil pripravljen uporabiti donatorsko celico.

POSVOJITEV:

Pomeni mnenje para glede odločitve za posvojitev otroka.

POGOVOR O OBMP POSTOPKIH Z DRUGIMI

Pomeni ali se pari, ki so vključeni v OBMP postopek, o problemu pogovarjajo z drugimi in na čigavo pobudo.

INFORMIRANJE OTROKA O NAČINU SPOČETJA:

Vključuje mnenje staršev, ali bodo otroku povedali o načinu njegovega spočetja in kdaj.

POTREBNE SPREMEMBE PRI ZDRAVLJENJE Z OBMP

Pomeni mnenje parov o spremembah glede postopka OBMP.

4 REZULTATI IN RAZPRAVA

Starost intervjuvancev in število rojenih otrok

V raziskavo so bile vključene ženske v starosti od 34 do 41 let ter moški, star 26 let. Vsi so bili v zadnjih petih letih aktivno vključeni v program OBMP. Otroka iz postopka OBMP imata dve intervjuvanki. Povprečna starost intervjuvancev v času opravljanja intervjuja je 35,8 let, kar je glede na ugotovitve o uspešnosti postopkov pri starejših ženskah lahko dejavnik, ki negativno vpliva na rezultat postopka. O tem govori tudi Vlaisavljević (2006: 40) ki meni, da po 41. letu starosti ni več mogoče zagotoviti niti 10 % rojstev na začetni cikel. V večini držav je starostna omejitev med 38 in 40 leti, tudi pri nas bi bilo po mnenju nekaterih potrebno ponovno določiti zgornjo starostno mejo, pri kateri je še smiselno obremenjevati zdravstveno blagajno s stroški zdravljenja.

Postavlja se mi vprašanje pravic starejših žensk, ki izhajajo iz socialno šibkejšega okolja in nimajo možnosti samoplačniškega zdravljenja. Ali ne bi bile zaradi tega prikrajšane in omejene ter neenakopravne pred zakonom?

Povod za zdravljenje in čas do prvega zdravljenja

Rezultati so pokazali, da je povod za zdravljenje z OBMP v večini primerov dala partnerka. V enem primeru je pobudo dal partner. Od povoda do prvega obiska ginekologa in začetka zdravljenja je v večini primerov poteklo še približno 1 leto.

To je vsekakor preveč za ženske, ki so starejše od 35 let, saj zaradi dolgih čakalnih dob nimajo niti možnosti, da izkoristijo vse brezplačne postopke. Prednostna lista čakajočih na postopek bi se vsled raziskav, ki so bile opravljene, morala pomakniti vsaj iz sedanjih 40 na 35 let starosti.

Vrste preiskav

Najpogostejše preiskave, ki so jih opravljale ženske v času zdravljenja z OBMP postopkom, so pri vseh intervjuvankah – laporoskopija in histeroskopija. Dve sta navedli tudi hormonske teste. Pri vseh moških predstavnikih je bil opravljen spermogram, pri enem še biopsija testisov. Preiskave, opravljene pri moških, so večinoma neboleče, ker se opravlja samo spermogram. Biopsija testisov je boleča, vendar se v večini primerov opravlja v lokalni anesteziji. Pri ženskah so preiskave povezane z agresivnejšimi postopki, ki so boleči in z njimi se posega v telo ženske. Nekatere preiskave še vedno opravljajo brez anestetikov, tudi okrevanje po laporoskopiji ali histeroskopiji zahteva svoj čas.

Trajanje zdravljenja

Trajanje zdravljenja pri intervjuvanih parih je različno - od 2 leti in največ 13 let.

Menim, da je to, kako dolgo so se pripravljani zdraviti, odvisno od starosti intervjuvanega, uspešnosti zdravljenja, volje in vztrajnosti partnerjev. Velik vpliv pa ima tudi sama obravnava pacientov v postopkih OBMP, saj si ne želijo biti le številka oz. statistični podatek.

Menjava OBMP centra

Trije pari so že menjali OBMP center, eden par ima namen zamenjati OBMP center, dva para pa ne razmišljata o menjavi. Tisti, ki so se odločili za menjavo, kot razloge navajajo krajše čakalne dobe, drugo osebje in terapija ter nova iskanja možnosti.

Prav je, da pari preizkusijo tudi druge OBMP centre, saj se delo in terapija pri njih razlikujejo. Zelo redko pa pari v primeru neuspešnih poskusov pri nas poiščejo pomoč v tuji državi. Tam so postopki sicer samoplačniški, vendar si deležen individualne obravnave ter imaš možnosti, ki so pri nas z zakonom omejene (donacija zarodka, oploditev samske ženske, nadomestno materinstvo,...).

Vpliv zdravljenja na partnerski odnos

Zdravljenje ima na ženske velik vpliv saj terapija povzroči spremembe v telesu. Ženske trdijo, da zdravljenje slabo vpliva na njihovo počutje, navajajo nihanje razpoloženja, slabost in obdobje zdravljenja prepoznavajo kot stresno in rizično za obstoj trdne partnerske zveze. Večina navaja, da od partnerja pričakuje več razumevanja in podpore. Moški predstavnik intervjuvancev ni bil deležen zdravljenja, ki bi vplivalo na njega. Priznava, da obdobja zdravljenja za žensko niso lahka, da je to obdobje za oba stresno. Večina jih navaja tudi, da kljub negativnim dejavnikom, ki v času zdravljenja vplivajo predvsem na ženske, ta izkušnja pare povezuje in jih utrdi.

Urh (2009: 119) navaja da par, ki se sprijazni, da po naravni poti ne bo mogel imeti otrok in se odloči za postopek umetne oploditve, prehodi pot, ki je zelo čustvena, stresna, travmatična, mnogo parov se tudi razide. Ženske se po podporo najpogosteje zatečejo k partnerjem, saj o teh težavah ne želijo govoriti s širšo okolico.

Zadovoljstvo s potekom zdravljenja

Vsi intervjuvanci so navedli, da so v času zdravljenja dobili premalo informacij. »Pri prvem postopku se spomnim, da sem bila prestrašena, neuka brez informacij.« (intervju št. 6). Informacije so si morali pridobivati sami, največkrat od oseb, ki že imajo za seboj izkušnjo zdravljenja. Tisti, ki so bili nezadovoljni, navajajo, da so v poteku zdravljenja doživeli, da jim ni bila zagotovljena intimnost, ni bilo individualnega pristopa, zdravstveno osebje je imelo premalo potrpljenja, dogajale so se napake strokovnega osebja, navajajo slabo organizacijo.

Tudi Urh (2009: 119) v raziskavi ugotavlja, da so bile ženske, ki so imele več neuspešnih poskusov umetne oploditve ali so na kliniki opravljale različne preglede in posege, nad delom zdravstvenega osebja razočarane, pričakovale so več informacij o postopkih, več sočutja. Opazna je tudi pomanjkljiva strokovna podpora osebja.

Umetna prekinitev nosečnosti

Ko smo postavili vprašanje o tem, ali bi se osebe odločile za umetno prekinitev nosečnosti v primeru, da bi po uspešno opravljenem postopku OBMP ugotovili težjo razvojno ali gensko napako na zarodku, je večina (razen dveh primerov) odgovorila pritrdilno. V primerih, ko je bil odgovor, da bi otroka obdržali, gre za ženski brez bioloških otrok. Prvi ni uspelo donositi otroka, dva je posvojila. Druga intervjuvanka sicer pravi, da bi se sedaj verjetno odločila za splav, vsekakor pa bi takrat, ko je spontano splavila, naredila vse, da bi otroka obdržala, pa čeprav bi imel težjo razvojno napako: »Ko pa sem splavila, bi se če bi imela možnost, takrat odločila da rodim, pa čeprav bi imel otrok razvojno napako.« (intervju št. 6). Menim, da bi se mlajše intervjuvanke odločile za splav prav iz razloga, ker imajo večjo možnost ponovnega postopka in zanositve.

Donatorska celica in posvojitev otroka

Večina intervjuvanih bi se odločila za donatorsko celico v primeru, da se oba s partnerjem strinjata in v primeru, da je to edina možnost zanositve. Posvojitev otroka je tudi ena izmed možnosti, za katero bi se pari odločili, vendar šele ko so izčrpane ostale možnosti. Ena izmed intervjuvank že ima dva posvojena otroka.

Pogovor z drugimi o poteku zdravljenja

Intervjujanci o postopkih in poteku zdravljenja večinoma ne govorijo s širšo skupino ljudi, tudi glede pogovorov z ožjo družino je bilo nekaj zadržkov. Najbolj pogosto se pogovarjajo s pari, ki imajo za seboj podobno izkušnjo, si tako izmenjavajo izkušnje, informacije in si nudijo podporo.

Menim, da je še vedno prisotna stigma neplodnih parov, kar sem ugotovila tudi sama. Večina parov, ki sem jih spoznala tekom postopkov OBMP, se je sicer med seboj in tudi z menoj z lahkoto pogovarjala, ko pa sem jih zaprosila za intervjuje, je bil odgovor po večini ne, kljub

temu da so bila vprašanja zastavljena tako, da je varovana njihova osebnost in zagotovljena anonimnost.

Umetno oplojevanje ostaja področje zasebnega. Tema namreč obsega dve občutljivi področji, o katerih je ljudem neprijetno govoriti v javnosti, spolnost in zdravstvene težave oz. nesposobnost zanositve, ki pri moškemu in ženski zbuja občutke nepopolnosti. Pogosto moški, za katerimi so večletni poskusi doseči zanositev, o sebi razvijejo občutke manjvrednosti oz. predstav, da »niso pravi moški, če ne morejo spočeti otroka« (ženska z izkušnjo OBMP v Sloveniji). Eden od moških obrambnih mehanizmov pa je tudi pripisovanje krivde ženskam (Urh 2009: 116).

Vednost otroka o načinu spočetja

Vsi intervjuvani so odgovorili, da se jim zdi primerno, da sami informirajo otroke o načinu spočetja, vendar ko je otrok dovolj star in zrel.

Ta ugotovitev se razlikuje od ugotovitve Špele Urh (2009: 117), ki pravi, da nobeden od sogovornikov iz heteroseksualne partnerske zveze, ki že ima otroka, ne želi o tem govoriti z otrokom oz. mu nimajo namena razkriti, da je bil umetno oplojen z darovano celico. Samo oseba, ki živi v istospolni skupnosti, je izrazila odkrit odnos do otroka in umetne oploditve, o čemer bo z njim spregovorila, ko bo dovolj star, da bo razumel. Do razlik pri ugotovitvah prihaja po mojem mnenju zato, ker moji intervjuvanci v večini primerov niso ali ne bodo uporabili donatorske celice.

Potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP

Vsi intervjuvani navajajo, da jih motijo predolge čakalne dobe, da je na voljo premalo informacij v zvezi s samim potekom postopka, s stranskimi učinki in z uspešnostjo postopka. Pogrešajo diskretnost, intimnost, prijaznost zdravstvenega osebja. V primeru izkoriščenosti vseh šestih postopkov, ki so financirani s strani zdravstvenega zavarovanja, pomeni samoplačniški postopek veliko finančno breme.

Ugotavljam, da je v večini primerov pobudnica za začetek zdravljenja partnerka. Starost parov, ki sem jih intervjuvala, je bila od 26 do 41 let, kar potrjuje, da se pari resnično pozno odločajo za načrtovanje družine. Od povoda do začetka zdravljenja pa poteče kar nekaj časa. Zdravljenje je v večini primerov dolgotrajno, nekateri so izjavili, da bi pristali tudi na donatorsko celico, posvojitev se jim zdi ena izmed verjetnih možnosti, vendar želijo najprej izključiti možnost zanositve. Večina je poudarila, da je najbolj moteč dejavnik v postopku čakalna doba in pomanjkanje informacij, navajali so tudi, da je strokovno osebje premalo prijazno, da ni zagotovljene dovolj intimnosti, da je oprema pomanjkljiva. Nekateri se odločijo tudi za menjavo OBMP centra. Zdravljenje pa ima zaradi hormonskih sprememb lahko vpliv na razpoloženje in počutje žensk in s tem tudi na trdnost partnerske zveze. Razveselila sem se podatkov, da je pri večini oseb, ki sem jih intervjuvala, izkušnja zdravljenja partnerja še bolj povezala in utrdila. Ugotavljam tudi, da večina intervjuvanih najbolj sproščeno govori o izkušnjah povezanih z zdravljenjem le s tistimi, ki imajo podobno izkušnjo, nekoliko manj s svojci, z drugimi o tem neradi govorijo. V primeru spočetja pa bi otroka informirali o načinu spočetja, ko bo otrok dovolj star in zrel.

Če te ugotovitve postavimo v kontekst sodobne družbe, lahko ugotovimo naslednje. Živimo v postmodernem času, za katerega je značilno, da se življenje načrtuje. Že od otroštva otroke spodbujamo k doseganju visokih ciljev in ambicij, obdobje šolanja se podaljšuje, saj se jih večina odloči, da bodo gradili karierno pot, poleg tega pa si želijo poizkusiti sadove brezskrbne mladosti. Ule in Kuhar v delu *Mladi, družina starševstvo* (2003) govorita o tem, da je želja po otrocih prisotna med mladimi, vendar ima ta življenjski cilj veliko konkurenco v drugih ciljih, kot so uživanje življenja, poklicna kariera. Aspiracija po partnerski zvezi in želja po starševstvu sta ločeni in ne sovpadata. Starševstvo postaja bolj zapleteno in odvisno od raznih predpostavk. V nadaljevanju avtorici ugotavljata da se podaljšuje obdobje osamosvajanja od staršev, bodisi zaradi udobja, bodisi zaradi finančne neodvisnosti, ki je lahko tudi posledica nezaposlenosti mladega kadra. Mnogo mladih dela celo več ur, kot pa obiskujejo šolo. Prišlo je torej do ključnih sprememb v poglavitnih institucijah, ki so do sedaj definirale prehode v odraslost, in sicer v družini slabi avtoriteta staršev, večja se avtoriteta mladih (zlasti glede prostega časa) znotraj družine, poznejše poroke, naraščanje števila ljudi, ki živijo sami, partnerstvo namesto poroke.

Če nekoliko povzamem njune besede, bi lahko rekla, da je za današnji čas značilno, da se podaljšuje obdobje tako imenovanega samskega stanu, da se v obdobju mladosti zamenja več partnerjev, preden se ljudje odločijo za resno partnersko zvezo. In tudi tisti, ki dokaj zgodaj oblikujejo resno stabilno partnersko zvezo, želijo najprej poskrbeti za poklicno kariero, brezskrbno uživaštvo (potovanja, zabava...) in zgraditi primeren dom. Stanovanjska in finančna problematika sta dva izmed temeljnih razlogov, zakaj se mladi ne odločajo za načrtovanje družine bolj zgodaj.

Kakor ni mogoče zanikati prednosti tega, da se mladi dokaj pozno odločijo za načrtovanje družine, pa je lahko to tudi negativen dejavnik, še posebej v primerih, ko pri tej odločitvi ne gre vse po načrtu. V življenju so področja, kjer vpliv človeka ni možen, kljub skrbnim načrtovanjem. Tukaj je pomembno, da vstopi ustrezen in učinkovit sistem (zdravstveni, socialni), ki pravočasno informira, motivira in jim kolikor more hitro in učinkovito pomaga. Ne smemo pozabiti, da potrebujemo na tem področju usposobljeno osebje, saj je potrebna posebna mera zaupnosti, razumevanja, in pa čustvene podpore, pomoč pri premagovanju čustvenih stisk, telesnih sprememb in posledic hormonske terapije, posledic, ki jih zdravljenje prinaša za partnersko zvezo.

5 SKLEPI

- Pari se za OBMP odločajo večinoma po 30. letu starosti, pobudnice za začetek zdravljenja so ženske.
- Mnoge uporabnike postopkov OBMP odvrnejo na poti do cilja različni negativni dejavniki, s katerim se soočajo: dolge čakalne dobe, premalo informacij, neustrezno ravnanje zdravstvenega osebja, slabo opremljeni prostori, ki zmanjšujejo občutek diskretnosti in intimnosti, omejenost števila postopkov s strani zdravstvenega zavarovanja in plačljivost zdravljenja.
- Zdravljenje vpliva na partnerski odnos, saj lahko hormonska terapija povzroči spremembe v razpoloženju in počutju ženske; nekateri navajajo, da jih izkušnja zdravljenja z OBMP povezuje.
- V primeru težje genetske napake pri zarodku bi se večina oseb, ki so že bile vključene v postopke OBMP, odločila za možnost umetne prekinitve nosečnosti.
- Pri oceni zadovoljstva z zdravstvenim osebjem opazamo najnižje ocene zaradi slabega informiranja s strani zdravstvenega in medicinskega osebja.
- Pari, ki potrebujejo OBMP, so zaprta skupina, le redki o tem govorijo, če pa že, največkrat s tistimi, ki gredo skozi isto ali podobno izkušnjo, tako si izmenjavajo informacije, in se medsebojno podpirajo.

6 PREDLOGI

Lahko bi rekli, da se za načrtovanje družine v sodobnem času ljudje odločajo nekje v tridesetih letih svoje starosti. Čas pa je za ženske posebnega pomena, saj možnost zanositve po naravni poti s starostjo upada. Zato je potrebno ljudi s težavami dovolj dobro informirati, da se pravočasno odločijo za iskanje pomoči. Bistvenega pomena so ustrezne informacije osebnega ginekologa.

Kot predloge za izboljšanje postopka zdravljenja OBMP, ki izhajajo iz ugotovitev raziskave, predstavljam naslednje:

- Odpravljanje ovir, ki otežujejo odločitev za zdravljenje ali prehitro opustitev zdravljenja.
- Vzpostavitev zaupanja vrednega, varnega prostora, zagotovitev diskretnosti in intimnosti. (intimni prostori, primerna oprema, isti zdravnik skozi ves potek zdravljenja z OBMP).
- Pomoč pri težavah zaradi doživljanja, čustev in občutkov, ki spremljajo zdravljenje ter pomoč in opora pri tistih aktivnostih, ki jih izvaja zdravstveno osebje, ki bi na tem področju moralo imeti poleg strokovnega znanja še druga znanja, ki bi omogočila visoko stopnjo empatije in podpore.
- Krajše čakalne dobe.
- Poenotenje cen za iste storitve po OBMP centrih.
- Zdravljenje neplodnosti naj bo izkušnja, ki obogati in utrdi partnersko zvezo, k čemur lahko pripomore primerno usposobljeno zdravstveno osebje, ki daje ne le strokovne informacije ampak pristopi z razumevanjem in empatijo, kar bo par opogumljalo in mu dodajalo moč v trenutkih, ko to potrebuje.
- Vloga socialnega dela bi lahko bila v krepitvi povezovanja in v morebitnem oblikovanju skupin za samopomoč, kjer bi povečali medsebojno povezanost ljudi s podobno izkušnjo in vključili vse, ki si želijo tovrstne vključenosti, informiranosti in podpore.
- Organizirane skupine za samopomoč parom, ki potrebujejo OBMP, za dodatno izmenjavo informacij, izkušenj in dodajanje podpore ter krepitev partnerske zveze.
- Skupina za samopomoč za pare, ki imajo za seboj neuspešne poskuse zdravljenja kot podpora za iskanje poti naprej.
- Dostopna literatura za informiranje parov, ki se zdravijo zaradi neplodnosti (zloženke....) in detabuizacija zdravljenja z OBMP v javnosti.

LITERATURA IN VIRI:

Asen, Eia. 1995. *Družine*. Ljubljana: DZS.

Bevc, Viktorija. 2002. Kvalitetnejše preživljanje prostega časa udeležencev programa psihosocialne pomoči v zakonski krizi zaradi neplodnosti. *Socialno delo* 41, 1: 43-55.

Blanc, Richard, Merrick. 1995. *Human Reproduction, Emerging Technologies, and Conflicting Rights*. Washington: CQ Press.

Borko, Elko, Takač, Iztok. 2006. *40 let perinatalne medicine v Sloveniji: mednarodni znanstveni simpozij*. Maribor: Splošna bolnišnica.

Čačinovič- Vogrinčič, Gabi. 2006. *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Eržen, Irena, Stevanovič, Jolanda. 2002. *Kakovost delovnega življenja socialnih delavk zaposlenih v zdravstvu: diplomska naloga*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Internetni portal Živa. (november 2008).<http://www.med.over.net/neplodnost>

Jelač, Diana. 2008. *Sindrom sagorijevanja socialnih radnika u zdravstvu*. Zagreb: Pravni fakultet, studijski centar socialnog rada.

Kojić, Tili. 2005. *Partnerski odnosi zapletena vprašanja o neplodnosti*. (december 2008). <http://www.viva.si/clanek.asp?arhiv=1&id=3832>

Keržan, Dorijan. 2009. Naravno starševstvo. *Socialno delo* 48, 1/3: 131-140.

Kuebler, Hans-Dieter. 1986. Kompakcije- Kako kompjuteri mijenjaju socijalne odnose? *Marksizam u svetu* 13, 6/7: 96-104.

Meden-Vrtovec, Helena, Virant-Klun, Irma. 2002. Uvod. V: Virant-Klun Irma, Meden-Vrtovec Helena, Tomaževič Tomaž (ured.), *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.

Meden-Vrtovec, Helena. 2002. Neplodnost pri ženskah. V: Virant-Klun Irma, Meden-Vrtovec Helena, Tomaževič Tomaž (ured.), *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.

Ograjšek, Zdravko. 1989. Umetna osemenitev. V: Meden-Vrtovec Helena s sodelavci (ured.), *Neplodnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Pinter, Bojana, Tomaževič, Tomaž, Meden-Vrtovec, Helena, Sašo, Drobníč, Virant-Klun, Irma, Korošec, Sara, et al. 2006. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami na Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani. *Zdravniški vestnik* 75, 463-468.

- Ramovš, Jože. 1995. *Slovenska sociala med včeraj in jutri*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Štefanič, Bogomir. 2007. Biomedicinski otroci. *Tednik Družina* 15, 3.
- Takač, Iztok. 2007. *50 let načrtovanja družine v Mariboru*. Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Tomaževič, Tomaž. 2002. Etična vprašanja pri zdravljenju neplodnosti. V: Virant-Klun Irma, Meden-Vrtovec Helena, Tomaževič Tomaž (ured.), *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.
- Ule, Mirjana, Miheljak Vlado. 1995. *Prihodnost mladine*. Ljubljana: DZS: ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino.
- Ule, Mirjana, Kuhar, Metka. 2003. *Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Urh, Špela. 2009. Nove tehnologije- stare ideologije oploditev z biomedicinsko pomočjo. *Socialno delo* 48, 1-3: 111-121.
- Ustava RS. Uradni list Republike Slovenije, št.56/2005.
- UKC Maribor. Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo. (december 2008). <http://www.ivf-mb.com>
- Vlaisavljević, Veljko. 2001. *Zunajtelesna oploditev*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor.
- Vlaisavljević, Veljko. 2006. Zdravstveno- ekonomski vidiki zdravljenja neplodnosti v Sloveniji. *Isis Glasilo zdravniške zbornice Slovenije* 15, 1: 34-42.
- Vlaisavljević, Veljko. 2009. Poldruga Slovenija iz epruvete. *Večer: sobotna priloga* 10: 3-5.
- Zaviršek, Darja. 2006. Zakonska zveza in njene omejitve. V: Kobe Zdravko (ured.), *Prava poroka?: 12 razmišljanj o zakonski zvezi*. Ljubljana: Krtina.
- Zaviršek, Darja, Leskošek, Vesna, Urek, Mojca, Urh, Špela, Sobočan, Ana. M. 2007. Socialno starševstvo kot ključni vidik sodobnih družbenih politik. V: Debeljak Barbara, Urek Mojca (ured.), *Socialno delo za enake možnosti za vse: Knjiga povzetkov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Zaviršek, Darja. 2009. Med krvjo in skrbjo - socialno starševstvo kot širitev koncepta starševstva v današnjem svetu. *Socialno delo* 48, 1/3: 3-16.
- Zupančič, Karel, Novak, Barbara. 2005. *Predpisi o zakonski zvezi in družinskih razmerjih*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije d.o.o.

Zorn, Branko, Drobnič, Sašo. 2002. Neplodnost pri moškem. V: Virant-Klun Irma, Meden-Vrtovec Helena, Tomaževič Tomaž (ured.), *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. Uradni list Republike Slovenije, št. 69-3093/2004.

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih z biomedicinsko pomočjo – OBMP. Uradni list Republike Slovenije, št. 70/2000.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 11/03, 126/03, 20/04, 62/05, 76/05, 21/06, 38/06, 72/06, 114/06, 91/07.

8 POVZETEK

Živimo v postmodernem času, za katerega je značilno podaljševanje obdobja osamosvajanja mladih od staršev bodisi zaradi udobja, bodisi zaradi finančnih razlogov, ki so lahko tudi posledica brezposelnosti. Tisti posamezniki, ki se odločijo za skupno življenje, se zaradi stanovanjske in finančne problematike pozno odločajo za načrtovanje družine. Vzrok pozni odločitvi za načrtovanje družine je lahko tudi osebna odločitev, da je potrebno najprej ustvariti stabilno karierno pot ter uživati čas, ki ga prinaša obdobje partnerskega življenja brez otrok.

Kakor ni mogoče zanikati prednosti tega, da se mladi dokaj pozno odločijo za načrtovanje družine, pa je lahko to tudi negativen dejavnik, še posebej v primerih, ko ne gre vse po načrtu. Ko se nekateri pari odločijo za otroka, po nekaj časa ugotovijo, da naravna plodnost ni samoumevna. Možnost, da ženska zanosi v enem ovulatornem ciklusu, je le 20-30 %. Z leti plodnost ženske in moškega pada. Na plodnost para lahko vpliva tudi nezdrav način življenja. Pari, ki si želijo otroka in pri tem niso uspešni, običajno dolgo odlašajo z odločitvijo, da bi poiskali pomoč. Predpostavljamo, da je razlogov za to lahko več: neinformiranost, zanikanje, neodločnost, strah pred reakcijo partnerja in vpliv na partnerski odnos...

V empiričnem delu naloge na podlagi analize šestih intervjujev s pari, ki potrebujejo postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), ugotavljamo, da se pari srečujejo s težavami, kot so: predolge čakalne dobe za postopek, vpliv hormonske terapije na razpoloženje in počutje žensk ter s tem posledično na partnerski odnos, premalo informiranja o poteku postopka, premalo intimnosti in prijaznosti s strani zdravstvenega in medicinskega osebja. Ugotavljamo tudi, da je oploditev z biomedicinsko pomočjo še vedno tabu tema, da pari o njem spregovorijo le v ožji skupini z ljudmi, ki so imeli ali imajo podobno izkušnjo. Pari bi potrebovali krajše čakalne dobe, več empatije s strani zdravstvenega in medicinskega osebja, širše dostopno literaturo s področja zdravljenja neplodnosti s postopki OBMP, detabuizacijo zdravljenja v širši javnosti.

9 PRILOGE

Priloga 1: Kodiranje relevantnih izjav

Tabela 9.1.: Koliko ste stari, ali že imate otroke?

	Spremenljivke: starost, št. živorojenih otrok
1. Stara sem 38 let, otrok še žal nimam.	38 let, nič otrok
2. Star sem 26 let, otrok še nimava.	26 let, nič otrok
3. Stara sem 34 let, otrok še nimam	34 let, nič otrok
4. Stara sem 36 let, imam 16. mesecev staro hčerko iz postopka OBMP.	36 let, 1 otrok
5. 41 let. Imam 2 otroka, vendar posvojena.	41 let, 2 otroka
6. Stara sem 40 let, imela sem en splav in imam sina.	40 let, 1 otrok

Tabela 9.2.: Kdo od vaju s partnerjem, je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo, preden sta se odpravila v OBMP center.

	Spremenljivke: povod, čas do 1. zdravljenja, težave pri odločanju
1 Pobudo sem dala jaz, saj si otroka zelo želim. Iz prejšnje zveze, ko sva s partnerjem poskušala imet otroka, sem že vedela, da težko zanosim in, da so mi zdravniki dejali, da imam minimalne možnosti za zanositev po naravni poti, tako da sva se s partnerjem odločila, da poizkusiva še z umetno oploditvijo. Priznati pa moram, da me je stalo kar nekaj napora, da sem ga prepričala za to pot. Skoraj celo leto sva dajala argumente eden drugemu, preden sva prišla na prvi pregled v OBMP center roku enega leta.	partnerka, 1 leto, naporno odločanje
2 Pobudo je dala partnerka. Po letu in pol neuspešnih poskusov zanositve po naravni poti, sva se odločila za zdravljenje.	partnerka, eno leto in pol
3 Pobudo sem dala sama, za poskus postopkov pa sva se odločila po letu in pol neuspešnih poskusov zanositve po naravni poti.	partnerka, eno leto in pol
4 Povod je bil iz partnerjeve strani, ker je iz prve veze že poznal svojo diagnozo, ima premalo gibljive spermije in tako zanositev po naravni poti ni možna. Za zdravljenje sva se odločila v roku enega leta. Vseeno sem nekje upala in čakala, da nama bo uspelo po naravni poti, a partner je že	partner, eno leto

poznal postopek in vse, kar je povezano s tem in sva se prijavila na postopek.	
5 Povod sem dala jaz. Do začetka je trajalo nekaj mesecev (morda 2).	partnerka, po nekaj letih
6 Povod sem dala jaz po nekaj letih neuspešnih poskusov zanositve. V območju center me je napotila ginekologinja, prvo sem se tja odpravila sama, a so mi povedali, da mora z mano priti tudi partner. Rabila sem kar nekaj časa, a sem ga prepričala.	partnerka, po nekaj letih, naporno odločanje

Tabela 9.3.: Katere preiskave so vam opravili in katere partnerju?

	Spremenljivke: vrste preiskav partner, vrste preiskav partnerka
1 Že z bivšim partnerjem sva si želela otroka in ker mi ni uspelo zanositi, sem večino pregledov opravila že prej. Tako sem bila na hormonskih testih, opravili so mi pregled prehodnosti jajcevodov, vmes sem zaradi cist imela dve operaciji, eno od njih v Avstriji, saj so mi pri nas dejali, da ni upanja, da mi lahko ohranijo jajčnik. Zgoraj jim je to uspelo. Partnerju so opravili spermogram.	partnerka: hormonski testi, pregled prehodnosti jajcevodov, partner: spermogram
2 Sam sem imel štiri krat spermogram, trikrat sva imela inseminacijo, enkrat IVF, ene ICSI.	partnerka: 3 krat inseminacija, enkrat IVF, enkrat ICSI partner: 4 krat spermogram,
3 Imela sem klomifensko terapijo, potem pa še HSG, laparoskopijo, histeroskopijo, štirikrat inseminacijo in dvakrat IVF.	partnerka: klomifenska terapija, HSG, laparoskopija, histeroskopija, 4 krat inseminacija in 2 krat IVF
4 Naredili so mi histeroskopijo, partnerju pa spermogram in biopsijo testisov.	partnerka: pred prvim postopkom, histeroskopija partner: spermogram, biopsija testisov
5 Partner je imel spermogram, jaz pa precej ultrazvokov. Slikanja maternice nisem želela, ker sem bila na tem pred leti in me je strašno bolelo. Pregledali so mi tudi hormonsko sliko. Poskusili so narediti tudi laparoskopijo, pa so se zaradi zapletov odločili, da je ne naredijo do konca.	partnerka: ultrazvok, poizkus laparoskopije partner: spermogram
6 Meni so opravili pregled prehodnosti jajcevodov, možu spermogram, po neuspešnem prepričevanju jajcevodov so se odločili za IVF.	partnerka: pregled prehodnosti jajcevodov, prepričevanje jajčnikov partner: spermogram

Tabela 9.4.: Kako dolgo se že zdravite?

	Spremenljivke: trajanje zdravljenja za partnerko, trajanje zdravljenja za partnerja, trajanje zdravljenja za par
1 Sama se zdravim že kar 13 let.	13 let (partnerka)
2 Zdraviva se štiri leta.	4 leta (par)
3 Zdraviva se tri leta.	3 leta (par)
4 Zdravila sem se približno eno leto pred prvim postopkom.	1 leto pred prvim postopkom (partnerka)
5 Trenutno se ne zdravim več.	ne več (partnerka)
6 Zdraviti sva se začela pred 10 leti.	10 let (par)

Tabela 9.5.: Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP center in zakaj?

	Spremenljivke: menjava OBMP centra, vzrok, načrt za prihodnje
1 Ja, sem menjala oziroma sva. Predvsem zaradi dolgih čakalnih vrst v Mariboru sva se med dvema postopkoma odpravila v Ljubljano, pa tudi zaradi različnih zdravil, ki jih uporabljajo po centrih. Vsak center namreč prisega na eno zdravilo, ne delajo pa pregledov oziroma testov, katera pacientki bolj odgovarjajo. Če nama še sedaj ne bo uspelo, razmišljava o tem, da se odpraviva še k dr. Rešu, ki ima kratke čakalne dobe za samoplačnike in tudi cena je dostopna.	menjava: da, Mb-Lj vzrok: krajše čakalne dobe, drugačna zdravila načrt za prihodnje: še ena menjava ob potrebi
2 Da. V drugem centru sem opravil spermogram, zaradi lažje dostopnosti in organiziranosti centra, pa ga bova zamenjala.	menjava: da vzrok: zaradi lažje dostopnosti in organiziranosti centra
3 Z izjemo enega testa s spermogramom ne, načrtujeva pa to v prihodnosti, ker meniva, da je vredno poizkusiti drugje, na drugačen način, z drugim pristopom in terapijo. Predvsem iščeva center, kjer se nama bodo individualno posvetili.	menjava: ne načrt za prihodnje: iskanje centra z bolj individualno obravnavo
4 Ne, vendar če nama ne bi še tokrat uspelo, bi se verjetno odpravila v Ljubljano, če ne celo na Češko.	menjava: ne načrt za prihodnje: namen ob ponovnem neuspehu

5 Nisem. Ostala sva v centru v mestu, kjer sva doma.	menjava: ne
6 Ne nisva. Sicer sva razmišljala o tem, a že sedaj sva do najbližjega centra oddaljena več kot sto kilometrov, kar je povezano s časom in zaposlitvijo.	menjava: ne vzrok: zaradi oddaljenosti

Tabela 9.6.: Koliko postopkov OBMP že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

	Spremenljivke: št. postopkov, zanositev, splav
1 Za seboj imam 3 postopke, dva stimulirana in enega spontanega, vendar zanositve ni bilo, potem sem na začudenje vseh zdravnikov spontano zanosila vendar na žalost v 3. mesecu spontano splavila	št. postopkov: 3 postopke zanositve: ni zanositve, spontana zanositev splav: spontan splav
2 Za seboj imava 5 postopkov, s tem da se 3 krat inseminacija šteje za en postopek. Niti eden ni bil uspešen	število postopkov: 5 postopkov zanositve: ni zanositve
3 4 krat sva poizkusila z inseminacijo, 2 krat z IVF- om, zanositve ali splava ni bilo.	število postopkov: 3 postopki zanositve: ni zanositve
4 Za sabo imam 3 postopke umetne oploditve in eno vsaditev zamrznjenčka, vse so bile neuspešne razen zadnje, ko se nama je rodila hčere sedaj nama spet pripada 6 postopkov in poizkusila bova imeti še enega otroka	število postopkov: 3 postopki zanositve: da
5 Dva s hormoni, 4 spontane cikle (v Lj štejejo za en postopek v Mb spontani pa enako kot stimulirani)Brez zanositve.	število postopkov: 3 postopki zanositve: ni zanositve
6 Dva stimulirana, en krat IVF, en krat ICSI. Po zadnjem postopku sem zanosila in v 5. mesecu rodila mrtvorojenega otroka	število postopkov: 3 postopki zanositve: da splav: da

Tabela 9.7.: Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos?

	Spremenljivke: vpliv zdravljenja na partnerski odnos, učinki zdravljenja
--	---

1 Zdravljenje, moram reči kar vpliva na sam partnerski odnos. Ženske, vsaj jaz, sem hormonsko terapijo zelo težko prenašala, bilo mi je slabo, razpoloženje se mi je menjavalo iz ure v uro, partner ni več vedel, kako se naj obnaša do mene. Včasih sem si želela njegove bližine, poten spet mi je šel na živce. Priznam, da skozi postopek tudi moški rabijo precej potrpljenja in živcev.	vpliv: ne utrdi partnerske zveze učinki: stres za partnersko zvezo
2 Sam nekega posebnega zdravljenja nisem bil deležen, kljub slabemu izvidu spermograma. Moram pa priznati, da sami postopki za partnerko niso lahki in obdobja, ko je na hormonski terapiji so za naju precej stresna. Trudim se in poskušam razumeti njena nihanja razpoloženja, katerih se sama včasih ne zaveda. Ko je zelo težko pa pomislim na najin cilj – to je najin otrok in takrat jo vzpodbujam še naprej.	vpliv: utrdi partnersko zvezo učinki: stres za partnersko zvezo
3 Partnerski odnos je ostal trden, lahko bi rekla, da se je s številnimi preizkušnjami še dodatno utrdil. Partner mi stoji ob strani, razume in podpira.	vpliv: utrdi partnersko zvezo
4. Odnos je na preizkušnji, ampak pri naju sva jo uspešno prestala. Poznam pa pare, ki so se tekom postopka razšli. Ne vem, mogoče je pri nama pomagalo to, da je partner vedel, da ima on težave in je bil potem med postopkom z mano zelo potrpežljiv. Moški pač nimajo vsaj telesno ne, kaj dosti težav ali dela	vpliv: utrdi partnersko zvezo
5. Name vpliva ubijalsko (verjetno zaradi hormonov, pričakovanja). Najin odnos se je utrdil. Partner me je 100 % podpiral.	vpliv: utrdi partnersko zvezo učinek: stres za partnersko zvezo
6 Priznati moram, da sva imela krizna obdobja. Mož je po splavu želel odnehat, češ da ne dovoli več, da se mučim, a želja po otroku v meni je bila močnejša. Zaradi mnogih izostankov iz službe med postopki sem ostala celo brez dela, a sva uredila tudi to. Sedaj, ko imava sinčka mi je mož hvaležen, da sva vztrajala.	vpliv: utrdi partnersko zvezo učinek: stres za partnersko zvezo

Tabela 9.8. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja: ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osebje? (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdravstvenega osebja, suport...)

	Spremenljivke: zadovoljstvo s potekom zdravljenja, informacije, odnos osebja
1 Menim, da bi lahko vsi, ki sodelujejo pri zdravljenju, tako v začetni fazi ginekolog, kot osebje v OBMP centih, nam dali malo več informacij o samem poteku, da se lažje pripravimo. Prvič je težko, v drugo in potem naprej je malo	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: da

lažje, saj že veš kaj te čaka, poznaš postopke, samo dinamiko osebja, s pacientk. Včasih tudi osebje nima z nami potrpljenja, dobiš odgovor, počakajte ali saj boste videli kako bo. Razočarana sem bila tudi nad socialno delavko v bolnišnici, ki mi je po neuspelem poskusu dejala le: »Ja, pa kaj, saj imate še postopke v dobrem:« Tudi osebni ginekologi bi morali biti seznanjeni s potekom in čakalnimi dobami, da lahko pacientom to povedo.	informacije: pomanjkanje odnos osebja: nezadovoljstvo z osebjem
2 Ne. Predvsem me moti univerzalnost postopkov, ni osebne pristopa do obravnave. Informacije so pičle, ko kaj vprašaš dobiš nepopoln odgovor, tako, da si prisiljen le te poiskati sam. Res je, da je vsak postopek, vsaj kar se tiče tega lažji, saj veš kaj te čaka.	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: ne informacije: pomanjkanje odnos osebja: nezadovoljstvo
3 Nisva najbolj zadovoljna, pa naj kar naštejeva, kaj naju je zmotilo. Prva napaka je bila, da sva dobila klomifen, preden so preverili prehodnost jajcevodov. Nadalje terapija s klomifonom ni bila spremljana z ultrazvokom, napačen je bil tudi vrstni red preiskav na ginekološki kliniki (spermogram in hormone so nama pregledali šele po histeroskopiji in laparoskopiji). Kar zdravstvenega osebja tiče, bi poudarila, da bi se spodobilo pare o uspehu in neuspehu postopka bili nujno potrebno (zavoljo etike) obvestiti prej, ne pa na licu mesta na ginekološki kliniki. Medicinske sestre se sicer trudijo in so večinoma izjemno prijazne in na voljo za vsako vprašanje, težave pa povzročajo posameznice, ki si vzamejo pravico odločanja o stvareh, ki bi morale biti izključno v domeni zdravniškega osebja ginekološke klinike (sestra je pri nama konkretno spremenila sredstvo za zdravljenja, ki nama ga je predpisal najin ginekolog, sicer njej neposredno nadrejeni zdravnik).	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: ne informacije: pomanjkanje odnos osebja: nezadovoljivo
4 Z zdravljenjem sem zelo zadovoljna, prav tako z odnosom osebja. V prvo bi nam samo lahko dali malo več informacij o tem, kaj nas čaka, kako se spoprijeti z neuspešnim postopkom, kje poiskati nasvete, tolažbo.	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: da informacije: pomanjkanje odnos osebja: zadovoljiv
5 Nisem bila zadovoljna. Organizacijo imajo slabo. Ljudje pa so zelo v redu. Predvsem sestre.	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: ne informacije: pomanjkanje odnos osebja: zadovoljiv
6 Pred desetimi leti, ko sva začela je bila opremljenost slabša a je bilo osebje prijaznejšo, čakalne dobe so bile krajše. Pri prvem postopku se spomnim, da sem bila prestrašena, neuka brez informacij. Te sem dobila od	zadovoljstvo s potekom zdravljenja: ne informacije: pomanjkanje

»starejših« pacientk, ki so za seboj imele že več postopkov. Dobivale smo se na kavi, se slišale po telefonu.	odnos osebja: nezadovoljstvo
---	------------------------------

Tabela 9.9: Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru, težje razvojne napake, ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

	Spremenljivka: umetna prekinitev nosečnosti
1 Težko vprašanje. A glede na potrebe, ki jih ima tak otrok, bi se verjetno, kljub želji po otroku, odločila za splav. Saj kot pravijo, reveža res zavestno ne moreš spraviti na svet, ja pa to težka moralna in etična dilema.	da
2 Nisem razmišljala o tem, a če bi bilo to ugotovljeno, bi bilo težko in verjetno bi se odločila za prekinitev nosečnosti.	da
3 Verjetno bi se.	da
4 Da.	da
5 Verjetno ne.	ne
6 Sedaj se verjetno bi. Ko pa sem splavila, bi se, če bi imela možnost, takrat odločila, da rodim, pa čeprav bi imel otrok razvojno napako.	da

Tabela 9.10: Ali bi, če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico, razmišljate o posvojitvi?

	Spremenljivke: donatorska celica, posvojitev
1 Ja verjetno bi, bi se pa moral strinjati tudi partner. Zaenkrat ne, bom še poskušala s postopki.	donatorska celica: da posvojitev: ne
2 Bi se. S postopkom posvojitve sva že začela. Še vedno pa se trudiva, da zanosiva.	donatorska celica: da posvojitev: da
3 V primeru nadaljnjih neuspehov bova poskusila še z donatorsko celico. Začela sva tudi s postopkom posvojitve, ki je pa v naši državi zelo dolgotrajen in neprijazen.	donatorska celica: da posvojitev: da
4 Bi uporabila. S postopki sva končala, ker sva se odločila	donatorska celica: da

za posvojitev.	posvojitev: da
5 Bi uporabila. S postopki sva končala, ker sva se v vmesnem času odločila za posvojitev imava že dva posvojena otroka.	donatorska celica: da posvojitev: da
6 Ne nebi, skoraj raje za posvojitev	donatorska celica: ne posvojitev: da

Tabela 9.11: Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom, boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja?

	Spremenljivke: pogovor z drugimi na lastno pobudo, pogovor na pobudo drugih
1 Meni ni težko govoriti o tem, veliko se pogovarjam in tega ne skrivam. Je p veliko takih, ki o tem ne želijo govoriti ali jih je sram.	pogovor z drugimi na lastno pobudo: da pogovor na pobudo drugih: ne
2 V začetku sem sam to skrival, počasi sem začel govoriti z bližnjimi in pari, ki so sami v postopkih. S popolnimi tujci o tem ne govorim, saj menim, da je to moja zasebna zadeva.	pogovor z drugimi na lastno pobudo: ne pogovor na pobudo drugih: da
3 O zdravljenju sproščeno govoriva z vsemi nama bližnjimi, torej starši, prijatelji in znanci ter tudi z nama podobnimi pari. Priznam pa, da v začetku o tem nisem mogla govoriti.	pogovor z drugimi na lastno pobudo: da pogovor na pobudo drugih: ne
4 Da, o tem sva se dogovorila s partnerjem, ampak glede na to, da že imava enega otroka za naju to ni več sprejemljivo. V začetni fazi, ko se pa ni vedelo, ali bodo sploh našli kaki živi spermij pri partnerju, pa sva zaprosila za donatorsko celico. Na to zelo dolgo čakaš, opraviš pregled pri psihologu, socialni delavec preveri finančno stanje-halo, kaj revni ne smejo imeti otrok. Me pa je skrbelo, kako bo, če zanosim z donatorsko celico, kako bo to vzel partner čez leta, na papirju bi bil oče otroku, a krvno ne? No, na srečo so našli toliko živih spermijev, da imava najinega otroka.	pogovor z drugimi na lastno pobudo: da pogovor na pobudo drugih: ne
5. Seveda	pogovor z drugimi na lastno pobudo: da

	pogovor na pobudo drugih: ne
6 V začetku nisem govorila z nikomer, ko pa sem, sem naletela v mojem okolju na čisto nesprejemanje teh postopkov. Tašča je šla celo do župnika, češ da to ni za ljudi, le za živali. A na srečo je bil ta dovolj razgledan, da jo je pomiril. Sedaj se pogovarjam le s tistimi, za katere domnevam, da to razumejo ali imajo sami podobne težave.	pogovor z drugimi na lastno pobudo: ne pogovor na pobudo drugih: da

Tabela 9.12: Bosta otroku povedala o načinu njegovega spočetja?

	Spremenljivke: informiranost otroka o načinu spočetja, kdaj
1 Ja, ko bo dovolj star za to, da bo razumel, kako močno sva si ga želela	da ob primerni starosti
2 Seveda, nedvomno.	da
3 Ja, ko bo dovolj star	da ob primerni starosti
4 Da, ko bo tako velika, da bo razumela	da ob primerni starosti
5 Seveda	da
6 Ko bo za to pravi trenutek	da ob primerni starosti

Tabela 9.13: Kaj ste med postopkom pogrešali, oz. kaj bi vi spremenili? (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje)

	Spremenljivke: čakalne dobe, potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP
1 Predvsem bi se moralo veliko narediti na samih čakalnih dobah, ki so predvsem za ženske starejše od 35 let kar katastrofalne, saj zdravniki sami priznavajo, da po teh letih možnost zanositve drastično pada, a krajše čakalne dobe imaš šele po 40. ko imaš še samo dve leti časa za postopek.	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: več informacij, intimnosti, primernejši

Premalo je informacij, večino dobiš od »starih« pacientk. V Mariboru pa bi se pod nujno moral omisliti prostor za oddajanje sperme, saj to moški oddajajo v prostorih za ultrazvok za ženske, kar tudi njim samim povzroča težave. V Ljubljani je to bolj urejeno, so pa sami prostori slabši. Tudi soba za počitek po punkciji in embriotransferju je v MB zelo neprimerna, saj v njej sedijo vsi partnerji pacientk, nimaš zasebnosti, miru intime.	prostori
2 Pogrešal sem marsikaj. Čakalne dobe so vsekakor predolge, opremljenost prostorov je zastarela, parni nimajo nobene diskretnosti. Moti me menjava osebja skozi postopke, premalo informacij o samem postopku, stranskih učinkih...	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: več informacij, intimnosti, primernejši prostori, obravnava istega zdravnika
3 Pogrešala sem marsikaj. Zagotovo bolj humane čakalne dobe, okolje, ki bi bilo precej bolj sodobno opremljeno, celostno obravnavanje istega zdravnika prek celotnega postopka (in ne stalno menjavanje le teh), pa tudi bolj intimno pogovarjanje medicinskih sester z bolniki, ki običajno drug o drugem prek odprtih vrat ali celo na hodniku slišijo tudi neprijetne in prav nič javne informacije. Torej predvsem prijaznost, razumevanje, individualnost in poenostavitev postopkov za pare, ki potrebujejo donatorsko celico.	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: več informacij, intimnosti, primernejši prostori, obravnava istega zdravnika
4 Spremenila bi samo okolje, uredili bi lahko prijetnejše bivanje v času punkcije, ampak to niti ni tako pomembno. Pa dolge čakalne vrste pred ordinacijo, ko nas naenkrat čaka po 50 parov in nimaš zraka za dihanje, naročevali bi lahko čez celi dan. UKINILA pa bi tako dolge čakalne dobe. Sama sva na otroka z vsemi postopki in pregledi čakala 5 let. Kaj če bi bila starejša, potem ne bi imela več šans.	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: primernejši prostori
5 Organizacija. Prostori (GK Ljubljana).	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: primernejši prostori
6. Čakalne dobe so se v zadnjih letih drastično podaljšale, nekaj bi se moralo storiti glede tega. Ne vem, kaj mi sedaj pomaga 6 postopkov, ko pa jih glede na starost in ker si želim še enega otroka, tako ne bom mogla izkoristiti. Vmes	čakalne dobe: krajše potrebne spremembe pri zdravljenju z OBMP: več

sem pa mogla dva postopka plačati, kar je bil za naju velik finančni zalogaj. Najela sva celo kredit, a mi ni žal, sedaj, ko imam sina. Prostori za oddajo sperme so neustrezni, saj jo moški oddajajo v sobi za ultrazvok, prav tako soba za počitek po punkciji, kjer nimaš miru, ne intime. Moti me tudi, da z vstopom v prostore izgubiš identiteto – ne samo, da že tako imaš občutek, da si številka, na kličejo te po imenu, ampak resnično postaneš: »rdeča števila 20«! In po neuspelem postopku ni nikogar, ki bi ti dal tolažbo, nasvet, niti po splavu. Dobiš le: Vas pokličemo čez približno eno leto«. Niti tega, kam se še lahko obrneš po pomoč.	informacij, intimnosti, primernejši prostori, ukinitve plačila postopkov
---	---

Priloga 2: Vprašalnik

- 1. Koliko ste stari ali že imate otroke?**
- 2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden szta se odpravila v OBMP center?**
- 3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so opravili vam in partnerju?**
- 4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP center in zakaj?**
- 5. Koliko postopkov imate za seboj, koliko zanositev ali splavov?**
- 6. Kako zdravljenje vpliva na vas, kako na partnerski odnos?**
- 7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja (ginekolog, OBMP center, drugo zdravstveno osebje), so vam dali potrebne informacije, suport,...?**
- 8. Ali bi si kljub želeni nosečnosti v primeru težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?**
- 9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico?**
- 10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja?**
- 11. Boste otroku povedali o načinu njegovega spočetja?**
- 12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oz. kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, dostopnost postopkov, pacientkam prijaznejše okolje,...)?**

Priloga 3: Intervjuji

INTERVJU ŠT. 1

1 . Koliko ste stari, ali že imate otroke?

Stara sem 38 let, otrok še žal nimam.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center. .

Povod sem dala jaz, saj sem si in si otroka zelo želim. Iz prejšnje veze, ko sva s partnerjem poskušala imeti otroka, sem že vedela, da težko zanosim in da so mi zdravniki dejali, da imam minimalne možnosti za zanositev po naravni poti. Tako sva se s partnerjem odločila, da poskusiva še z umetno oploditvijo. Priznati pa moram, da me je stalo kar nekaj navora, da sem ga prepričala za to pot.

Skoraj celo leto sva dajala argumente eden drugemu, preden sva prišla na prvi pregled v OBMP center.

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Sama se zdravim že kar 13 let. Kot sem povedala, sva si že z bivšim partnerjem želela otroka in ker mi ni uspelo zanositi, sem večino pregledov opravila že prej. Tako sem bila na hormonskih testih, opravili so mi pregled prehodnosti jajcevodov, vmes sem zaradi cist imela dve operaciji, eno od njih v Avstriji, saj so mi pri nas dejali, da ni upanja, da mi lahko ohranijo jajčnik. Zgoraj jim je to uspelo. Partnerju so opravili spermogram.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Ja, sem menjala oziroma sva. Predvsem zaradi dolgih čakalnih vrst v Mariboru sva se med dvema postopkoma odpravila v Ljubljano, pa tudi zaradi različnih zdravil, ki jih uporabljajo po centrih. Vsak center namreč prisega na eno zdravilo, ne delajo pa pregledov oziroma testov, katera pacientki bolj odgovarjajo. Če nama še sedaj ne bo uspelo, razmišljava o tem, da se odpraviva še k dr. Rešu, ki ima kratke čakalne dobe za samoplačnike in tudi cena je dostopna.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

Za seboj imam tri postopke, dva stimulirana in enega spontanega, vendar zanositve ni bilo. Potem sem na začudenje vseh zdravnikov spontano zanosila, vendar na žalost v tretjem mesecu splavila.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos?

Zdravljenje, moram reči kar vpliva na sam partnerski odnos. Ženske, vsaj jaz, sem hormonsko terapijo zelo težko prenašala, bilo mi je slabo, razpoloženje se mi je menjavalo iz ure v uro, partner ni več vedel, kako se naj obnaša do mene. Včasih sem si želela njegove bližine, poten spet mi je šel na živce. Priznam, da skozi postopek tudi moški rabijo precej potrpljenja in živcev.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osebje (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebja, suport...)

Menim, da bi lahko vsi, ki sodelujejo pri zdravljenju, tako v začetni fazi ginekolog, kot osebje v OBMP centrih, nam dali malo več informacij o samem poteku, da se lažje pripravimo. Prvič je težko, v drugo in potem naprej je malo lažje, saj že veš kaj te čaka, poznaš postopke, samo dinamiko osebja, so-pacientk. Včasih tudi osebje nima z nami potrpljenja, dobiš odgovor, počakajte ali saj boste videli kako bo. Razočarana sem bila tudi nad socialno delavko v bolnišnici, ki mi je po neuspelem poskusu dejala le: »Ja, pa kaj, saj imate še postopke v dobrem:«

Tudi osebni ginekologi bi morali biti seznanjeni s potekom in čakalnimi dobami, da lahko pacientom to povedo.

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru, težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Težko vprašanje. A glede na potrebe, ki jih ima tak otrok, bi se verjetno, kljub želji po otroku, odločila za splav. Saj kot pravijo, reveža res zavestno ne moreš spraviti na svet, ja pa to težka moralna in etična dilema.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico?

Ja, verjetno bi, bi se pa moral strinjati tudi partner.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

Meni ni težko govoriti o tem, veliko se pogovarjam in tega ne skrivam. Je p veliko takih, ki o tem ne želijo govoriti ali jih je sram.

11 Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Ja, ko bo dovolj star za to, da bo razumel, kako močno sva si ga želela.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Predvsem bi se moralo veliko narediti na samih čakalnih dobah, ki so predvsem za ženske starejše od 35 let kar katastrofalne, saj zdravniki sami priznavajo, da po teh letih možnost

zanositve drastično pada, a krajše čakalne dobe imaš šele po 40. ko imaš še samo dve leti časa za postopek.

Premalo je informacij, večino dobiš od »starih« pacientk.

V Mariboru pa bi se pod nujno moral omisliti prostor za oddajanje sperme, saj to moški oddajajo v prostorih za ultrazvok za ženske, kar tudi njim samim povzroča težave. V Ljubljani je to bolje urejeno, so pa sami prostori slabši. Tudi soba za počitek po punkciji in embriotransferju je v MB zelo neprimerna, saj v njej sedijo vsi partnerji pacientk, nimaš zasebnosti, miru intime.

INTERVJU ŠT. 2 – moški

1 .Koliko ste stari, ali že imate otroke?

Star sem 26 let, s partnerko otrok še nimava.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center.

Pobudo je dala partnerka. Po letu in pol neuspešnih poskusov zanositve po naravni poti, sva se odločila za zdravljenje.

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Zdraviva se štiri leta. Sam sem imel štiri krat spermiogram, tri krat sva imela inseminacijo, en krat IVF, ene ICSI.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Da. V drugem centru sem opravil spermiogram, zaradi lažje dostopnosti in organiziranosti centra, pa ga bova zamenjala.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

Za seboj imava pet postopkov, s tem da se 3 krat inseminacija šteje za en postopek. Niti eden ni bil uspešen.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos? Vam partner dovolj stoji ob strani, vas razume, podpira?

Sam nekega posebnega zdravljenja nisem bil deležen, kljub slabemu izvidu spermiograma. Moram pa priznati, da sami postopki za partnerko niso lahki in obdobja, ko je na hormonski terapiji so za naju precej stresna. Trudim se in poskušam razumeti njena nihanja razpoloženja, katerih se sama včasih ne zaveda. Ko je zelo težko pa pomislim na najin cilj – to je najin otrok in takrat jo vzpodbujam še naprej.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osebje (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebja, suport...)

Ne. Predvsem me moti univerzalnost postopkov, ni osebnega pristopa ne obravnave. Informacije so pičle, ko kaj vprašaš dobiš nepopoln odgovor, tako, da si si prisiljen le te poiskati sam. Res je, da je vsak postopek, vsaj kar se tiče tega lažji, saj veš kaj te čaka.

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru , težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Nisem razmišljal o tem, a če bi bilo to ugotovljeno, bi bilo težko in verjetno bi se odločila za prekinitev nosečnosti.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico? Razmišljate o posvojitvi?

Še vedno se trudiva s postopki. V primeru nadaljnjih neuspehov, bova poskusila še z donatorsko celico. Začela sva že tudi s postopkom posvojitve, ki pa je v naši državi zelo dolgotrajen in neprijazen do posvojiteljev. Otroke raje oddajajo v rejništvo, kjer je njihova prihodnost še negotovnejša, čakalne dobe se vlečejo leta. Sama sedaj iščeva otroka v Makedoniji in Ukrajini.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

V začetku sem sam to skrival, počasi sem začel govoriti z bližnjimi in pari, ki so sami v postopkih. S popolnimi tujci o tem ne govorim, saj menim, da je to moja zasebna zadeva.

11 Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Ja, ko bo dovolj star. Tudi če nama uspe posvojitev mu bom povedal čim prej, takoj ko bo otrok to razumel, da ne bo dobil informacij od »dobronamernih » sosedov.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Pogrešal sem marsikaj. Čakalne dobe so vsekakor predolge, opremljenost prostorov je zastarela, pari nimajo nobene diskretnosti. Moti me menjava osebja skozi postopek, premalo informacij o samem postopku, stranskih učinkih...

INTERVJU ŠT. 3

1 .Koliko ste stari, ali že imate otroke?

Stara sem 34, otrok pa še nimam.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center.

Pobudo sem dala sama, za poskus postopkov pa sva se odločila po letu in pol neuspešnih poskusov zanositve po naravni poti.

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Zdraviva se tri leta. Imela sem klomifensko terapijo, potem pa še HSG, laparoskopijo, histeroskopijo, štirikrat inseminacijo in dvakrat IVF.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Z izjemno enega testa s spermiogramov ne, načrtujeva pa to v prihodnosti, ker meniva, da je vredno poiskusiti drugje, na drugačen način, z drugim pristopom in terapijo. Predvsem iščeva center, kjer se nama bodo individualno posvetili.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

Štirikrat sva poskusila z inseminacijo, dvakrat z IVF-om, zanositev in splavov pa ni bilo.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos? Vam partner dovolj stoji ob strani, vas razume, podpira?

Partnerski odnos je ostal trden, lahko bi rekla, da se je s številnimi preiskušnjami še dodatno utrdil. Partner mi stoji ob strani, razume in podpira.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osebje (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebja, suport...)

Nisva najbolj zadovoljna, pa naj kar naštejeva, kaj naju je zmotilo. Prva napaka je bila, da sva dobila klomifen, preden so preverili prehodnost jajcevodov. Nadalje terapija s klomifenom ni bila spremljana z ultrazvokom, napačen je bil tudi vrstni red preiskav na ginekološki kliniki (spermiogram in hormone so nama pregledali šele po histeroskopiji in laparoskopiji). Kar zdravstvenega osebja tiče, bi poudarila, da bi se spodobilo pare o uspehu in neuspehu postopka bili nujno potrebno (zavoljo etike) obvestiti prej, ne pa na licu mesta na ginekološki kliniki. Medicinske sestre se sicer trudijo in so večinoma izjemno prijazne in na voljo za vsako vprašanje, težave pa povzročajo posameznice, ki si vzamejo pravico odločanja o stvareh, ki bi morale biti izključno v domeni zdravniškega osebja ginekološke klinike (sestra je pri nama konkretno spremenila sredstvo za zdravljenja, ki nama ga je predpisal najin ginekolog, sicer njej neposredno nadrejeni zdravnik).

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru , težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Verjetno bi se.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico? Razmišljate o posvojitvi?

Bi jo uporabila in sva se že vpisala na seznam. S postopkom posvojitve sva že začela.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

O zdravljenju sproščeno govoriva z vsemi nama bližnjimi, torej starši, prijatelji in znanci ter tudi z nama podobnimi pari. Priznam pa, da v začetku o tem nisem mogla govoriti.

11. Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Seveda, nedvomno.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Pogrešala sem marsikaj. Zagotovo bolj humane čakalne dobe, okolje, ki bi bilo precej bolj sodobno opremljeno, celostno obravnavanje istega zdravnika prek celotnega postopka (in ne stalno menjavanje le-teh), pa tudi bolj intimno pogovarjanje medicinskih sester z bolniki, ki običajno drug o drugem prek odprtih vrat ali celo na hodniku slišijo tudi sila neprijetne in prav nič javne informacije. Torej predvsem prijaznost, razumevanje, individualnost in poenostavitev postopkov za pare, ki potrebujejo donatorsko celico.

INTERVJU ŠT. 4

1. Koliko ste stari, ali že imate otroke?

Stara sem 36 let, imam 16 mesecev staro hčerko iz postopka umetne oploditve.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center.

Za zdravljenje sva se odločila v roku enega leta. Povod je bil iz partnerjeve strani, ker je iz prve veze že poznal svojo diagnozo, ima premalo gibljive spermije in tako zanositev po naravni poti ni možna. Vseeno sem nekje upala in čakala, da nama bo uspelo po naravni poti, a partner je že poznal postopek in vse, kar je povezano s tem in sva se prijavila na postopek.

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Zdravila sem se cca eno leto pred prvim postopkom. Naredili so mi histeroskopijo, partnerju pa spermogram in biopsijo testisov.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Ne, vendar če nama ne bi še tokrat uspelo, bi se verjetno odpravila v Ljubljano, če ne celo na Češko.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

Za sabo imam tri postopke umetne oploditve in eno vsaditev zamrznjenčka. Vse so bile neuspešne, razen zadnje, ko se nama je rodila hčerka. Sedaj nama spet pripada 6 postopkov in poskusila bova imeti še enega otroka.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos? Vam partner dovolj stoji ob strani, vas razume, podpira?

Odnos je na preizkušnji, ampak pri naju sva jo uspešno prestala. Poznam pa pare, ki so se tekom postopka razšli. Ne vem, mogoče je pri nama pomagalo to, da je partner vedel, da ima on težave in je bil potem med postopkom z mano zelo potrpežljiv. Moški pač nimajo vsaj telesno ne, kaj dosti težav ali dela.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osbj (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebj, suport...)

Z zdravljenjem sem zelo zadovoljna, prav tako z odnosom osebj. V prvo bi nam samo lahko dali malo več informacij o tem, kaj nas čaka, kako se spoprijeti z neuspešnim postopkom, kje poiskati nasvete, tolažbo.

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru , težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Da.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico? Razmišljate o posvojitvi?

Da, o tem sva se dogovorila s partnerjem, ampak glede na to, da že imava enega otroka za naju to ni več sprejemljivo. V začetni fazi, ko se pa ni vedelo, ali bodo sploh našli kaki živi spermij pri partnerju, pa sva zaprosila za donatorsko celico. Na to zelo dolgo čakaš, opraviš pregled pri psihologu, socialni delavec preveri finančno stanje-halo, kaj revni ne smejo imeti otrok. Me pa je skrbelo, kako bo, če zanosim z donatorsko celico, kako bo to vzel partner čez leta, na papirju bi bil oče otroku, a krvno ne? No, na srečo so našli toliko živih spermijev, da imava najinega otroka.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

Rodila sem že, nisva skrivala, da je to otrok umetne oploditve in tudi nikoli ne bova. Ne razumem, zakaj je nekoga sram bolezni. Ja, pa res, tudi sama sva molčala, ko sva čakala na donatorstvo, o tem nisva govorila, samo o umetni oploditvi, saj je bilo partnerja sram, čeprav ne vem zakaj. Mogoče zato, da ne bi bil otrok gensko njegov, pa saj se je s tem sprijaznil. No, dobro, da se je izšlo, tako kot se je. Sva bolj mirna.

11. Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Da, ko bo tako velika, da bo razumela.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Spremenila bi samo okolje, uredili bi lahko prijetnejše bivanje v času punkcije, ampak to niti ni tako pomembno. Pa dolge čakalne vrste pred ordinacijo, ko nas naenkrat čaka po 50 parov in nimaš zraka za dihanje, naročevali bi lahko čez celi dan. UKINILA pa bi tako dolge čakalne dobe. Sama sva na otroka z vsemi postopki in pregledi čakala 5 let. Kaj če bi bila starejša, potem ne bi imela več šans.

INTERVJU ŠT. 5

1 .Koliko ste stari, ali že imate otroke?

41 let. Imam 2 otroka.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center.

Povod sem dala jaz. Do začetka je trajalo nekaj mesecev (morda 2).

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Trenutno se ne zdravim več. Partner je imel spermiogram, jaz pa precej ultrazvokov. Slikanja maternice nisem želela, ker sem bila na tem pred leti in me je strašno bolelo. Pregledali so mi tudi hormonsko sliko. Poskusili so narediti tudi laparaskopijo, pa so se zaradi zapletov odločili, da je ne naredijo do konca.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Nisem. Ostala sva v centru v mestu, kjer sva doma.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

2 s hormoni, 4 spontane cikle (štejejo za en postopek), 0 zanositev, 0 splavov.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos? Vam partner dovolj stoji ob strani, vas razume, podpira?

Name vpliva ubijalsko (verjetno zaradi hormonov, pričakovanja). Najin odnos se je utrdil. Partner me je 100 % podpiral.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osbj (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebj, suport...)

Nisem bila zadovoljna. Organizacijo imajo slabo. Ljudje pa so zelo v redu. Predvsem sestre.

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru , težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Verjetno ne.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico? Razmišljate o posvojitvi?

Bi uporabila. S postopki sva končala, ker sva se odločila za posvojitev.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

O vsem naštetem govorim sproščeno. Tudi o posvojitvi otrok.

11. Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Seveda.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Organizacija. Prostori (GK Ljubljana).

INTERVJU ŠT. 6

1 .Koliko ste stari, ali že imate otroke?

Stara sem 40 let, brez otrok, imela sem en splav.

2. Kdo od vaju s partnerjem je dal povod za začetek zdravljenja, koliko časa je dejansko trajalo preden sta se odpravila v OBMP center.

Povod sem dala jaz po nekaj letih neuspešnih poskusov zanositve. V obmp center me je napotila ginekologinja, prvo sem se tja odpravila sama, a so mi povedali da mora z mano priti tudi partner. Rabila sem kar nekaj časa, a sem ga prepričala.

3. Kako dolgo se že zdravite in katere preiskave so vam opravili in partnerju?

Zdraviti sva se začela pred 10. leti. Meni so opravili pregled prehodnosti jajcevodov, možu spermogram, po neuspešnem prepričevanju jajcevodov so se odločili za IVF.

4. Ali ste v času zdravljenja menjali OBMP Center in zakaj?

Ne nisva. Sicer sva razmišljala o tem, a že sedaj sva do najbližjega centra oddaljena več kot sto kilometrov, kar je povezano s časom in zaposlitvijo.

5. Koliko postopkov že imate za seboj, kolikokrat zanositev, splav?

Za sabo imam dva stimulirana, en krat IVF, en krat ICSI. Po zadnjem postopku sem zanosila in v 5. mesecu rodila mrtvega otroka.

6. Kako zdravljenje vpliva na vas, na vaš partnerski odnos? Vam partner dovolj stoji ob strani, vas razume, podpira?

Priznati moram, da sva imela krizna obdobja. Mož je po splavu želel odnehat, češ da ne dovoli več da se mučim, a želja po otroku v meni je bila močnejša. Zaradi mnogih izostankov iz službe med postopki sem ostala celo brez dela, a sva uredila tudi to. Sedaj, ko imava sinčka mi je mož hvaležen, da sva vztrajala.

7. Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja Ginekolog, OBMP centri, drugo zdravstveno osbj (Ali so vam dali potrebne informacije, nudili potrebne preiskave, odnos zdr. osebja, suport...)

Pred desetimi leti, ko sva začela je bila opremljenost slabša a je bilo osebje prijaznejšo, čakalne dobe so bile krajše. Pri prvem postopku se spomnim, da sem bila prestrašena, neuka brez informacij. Te sem dobila od »starejših« pacientk, ki so za seboj že imele več postopkov. Dobivale smo se na kavi, se slišale po telefonu.

8. Ali bi se kljub želeni nosečnosti v primeru , težje razvojne napake ali genske bolezni zarodka odločili za prekinitev nosečnosti?

Sedaj se verjetno bi. Ko pa sem splavila, bi se, če bi imela možnost, takrat odločila, da rodim, pa čeprav bi imel otrok razvojno napako.

9. Ali bi če bi bilo potrebno uporabili donatorsko celico? Razmišljate o posvojitvi?

Ne, nebi. Skoraj raje za posvojitev.

10. Ali o zdravljenju in načinu spočetja govorite tudi z drugimi in s kom? Ali boste po porodu bolj spontano spregovorili o načinu spočetja.

V začetku nisem govorila z nikomer, ko pa sem, sem naletela v mojem okolju na čisto nesprejemanje teh postopkov. Tašča je šla celo do župnika, češ da to ni za ljudi, le za živali. A na srečo je bil ta dovolj razgledan, da jo je pomiril. Sedaj se pogovarjam le s tistimi, za katere domnevam, da to razumejo ali imajo sami podobne težave.

11. Ali bosta povedala otroku o načinu njegovega spočetja?

Da, ko bo za to pravi trenutek.

12. Kaj ste med samim postopkom pogrešali oziroma kaj bi vi spremenili (odnos zaposlenih, suport, čakalne dobe, same postopke- dostopnost, pacientkam prijaznejše okolje..)

Čakalne dobe so se v zadnjih letih drastično podaljšale, nekaj bi se moralo storiti glede tega. Ne vem, kaj mi sedaj pomaga 6 postopkov, ko pa jih glede na starost in ker si želim še enega

otroka, tako ne bom mogla izkoristiti. Vmes sem pa mogla dva postopka plačati, kar je bil za naju velik finančni zalogaj. Najela sva celo kredit, a mi ni žal, sedaj, ko imam sina. Prostori za oddajo sperme so neustrezni, saj jo moški oddajajo v sobi za ultrazvok, prav tako soba za počitek po punkciji, kjer nimaš miru, ne intime. Moti me tudi, da z vstopom v prostore izgubiš identiteto – ne samo, da že tako imaš občutek, da si številka, na kličejo te po imenu, ampak resnično postaneš: »rdeča števila 20«! In po neuspelem postopku ni nikogar, ki bi ti dal tolažbo, nasvet, niti po splavu. Dobiš le: Vas pokličemo čez približno eno leto«. Niti tega, kam se še lahko obrneš po pomoč.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Silvija Fekonja vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2004/2005 kot izredna študentka izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom: Informiranost partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja doc. dr. Liljane Rihter.

Datum: 15.05.2009

Podpis: