

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Lorena Jenšterle

**Med željami in možnostmi v postopku oploditve
z biomedicinsko pomočjo**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Lorena Jenšterle

**Med željami in možnostmi v postopku oploditve
z biomedicinsko pomočjo**

Diplomsko delo

Mentorica: Doc. dr. Ana Marija Sobočan

Ljubljana, 2016

Živeti – umreti je usoda naša, a cilj nam je visoko posajen!

Glej to drevo: za usodo nič ne vpraša, a večno se bori za svoj namen ...

Oton Župančič

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Lorena Jenšterle

Naslov naloge: **Med željami in možnostmi v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo**

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 116

Število prilog: 5

Število virov: 103

Število tabel: 3

Število grafov: 1

Število slik: 1

Mentorica: Doc. dr. Ana Marija Sobočan

Ključne besede: neplodnost, pravica do reprodukcije, umetna oploditev, starševstvo, osebne zgodbe, socialno delo v ginekologiji.

Povzetek:

V diplomskem delu so predstavljene teoretične podlage in spoznanja slovenskih in tujih avtorjev in avtoric o zdravljenju neplodnosti v postopkih z biomedicinsko pomočjo. V teoretičnem delu so izpostavljena izhodišča o novih reproduktivnih tehnologijah ter zakonska in pravna ureditev zdravljenja neplodnosti pri nas.

Teoretična spoznanja so vezana na koncept neplodnosti, ki mu sledi razlaga obravnave neplodnih parov, ki se vključijo v postopek umetne oploditve. Dotaknila sem se tudi teme osebnega in družbenega odnosa do reproduktivnih tehnologij, stigme, povezane z njimi, ter etičnih vprašanj, ki se odpirajo ob temi.

Ugotavljala sem, ali se z razvojem novih reproduktivnih tehnologij spreminjata in še dodatno diferencirata tudi koncepta materinstva in očetovstva, ob tem pa navajam strukturne spremembe družinskega življenja.

Diplomsko delo temelji na izkušnjah žensk (in moji osebni izkušnji) z zdravljenjem zmanjšane plodnosti v postopkih z biomedicinsko pomočjo. Poudarek je na raziskovanju doživljanja in soočanja posameznic s socialnimi, psihičnimi in fizičnimi obremenitvami v različnih fazah postopka oploditve. Zanimajo me njihovi razlogi za zdravljenje, njihovi motivi, podpora partnerja ter njihove socialne mreže in kakšne strategije reševanja problema so uporabile za obvladovanje tega življenjskega položaja.

Na podlagi analize intervjujev sem ugotavljala, kakšne so izkušnje uporabnic s sodelovanjem s socialnim delavcem/delavko, s katerimi težavami so se najpogosteje srečevale in kakšni so njihovi predlogi za izboljšanje strokovne prakse. Analizirala sem želje uporabnic in raziskovala njihove dejanske možnosti v postopkih zdravljenja z biomedicinsko pomočjo.

Na podlagi odgovorov strokovnjakov, ginekologov in socialnih delavk/delavcev na klinikah za reprodukcijo, sem opisala njihov pogled in pristop. Raziskovala sem vlogo in naloge socialnega delavca, delavke v zdravstveni dejavnosti ter način sodelovanja in nudenja podpore in pomoči uporabnikom zdravstvenih storitev.

Title: Hopes and possibilities in processes of artificial reproduction

Keywords: infertility, the right to reproduction, artificial insemination, parenthood, personal stories, social work in gynaecology.

Abstract:

In the diploma theoretical foundations and findings of Slovene and foreign authors on treating infertility in procedures with the help of biomedicine are presented. In theoretical part the basis on new reproductive technologies and legal regulations of treating infertility in our country are presented. Theoretical findings are bound to the concept of infertility, following the explanation of a discussion of infertile couples who integrate in the process of an artificial insemination. I also touched the theme of a personal and social relationship on reproductive technologies, stigmas connected with them and ethical questions which come across the theme.

I established if the development of new reproductive technologies additionally also changes and differs the concept of motherhood and fatherhood and I listed structural changes of family life.

Diploma is based on the experiences of women (and my personal experience) with treating reduced fertility in processes with the help of biomedicine. The emphasis is on the research of experiences and confronts of individuals with social, mental and physical strains in various phases of insemination. I am interested in their reasons for treatment, their motives, the support of the spouse, their social network and which strategies of solving problems did they use for controlling this life's situation.

On the basis of interview analyses I established what are the experiences of the users in collaboration with social workers, which problems did they most often face and what are their suggestions for improving professional practice. I analysed the needs of the users and researched their actual possibilities in the processes of treatment with biomedical help.

On the basis of the answers given by the experts, gynaecologists and social workers at clinics for reproduction, I described their view and approach. I researched the role and tasks of a social worker, an employee in health institution, the way of collaborating, offering support and help to the users of health services.

PREDGOVOR

Temo diplomske naloge sem izbrala zaradi lastne izkušnje z zdravljenjem neplodnosti s pomočjo postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo. K pisanju o temi me je spodbudila kopica težav in ovir, s katerimi sem se soočala v času zdravljenja. Kot kažejo izsledki različnih raziskav, upad rodnosti ni samo posledica zavestnega odločanja parov za življenje brez otrok, načrtnega omejevanja rojstev ali poznejšega načrtovanja rojstva otrok, ampak se rodnost zmanjšuje tudi zato, ker se povečuje število parov, ki imajo težave z zanositvijo, zmanjšano plodnostjo ali neplodnostjo. Uporaba in dostopnost postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo v Sloveniji se ponuja kot pomembna rešitev za mnoge heteroseksualne pare, ki se soočajo z neplodnostjo. Zato se mi zdi pomembno zavedanje in tudi razumevanje tega relativno pogostega pojava v družbi.

Ob pregledu slovenske in tuje strokovne literature sem spoznala, da je neplodnost tema, ki je kljub pogostosti pojavljanja v družbi, slabo raziskana ali proučena s sociološkega ali družbenega vidika. Predvsem je obravnavana kot medicinska tema, tudi v laičnem diskurzu, redki avtorji so se dotaknili doživljanja posameznikov ali parov, ki so se soočali s problemom. Menim, da strokovnjaki, ginekologi in ginekologinje na klinikah, premalo posvečajo ustrezno pozornost psihičnemu počutju in čustvenemu doživljanju oseb, ki se zdravijo in so v postopku umetne oploditve. Moje mnenje je, da bi psihološko-socialno svetovanje moralo biti na voljo vsem posameznikom ali parom, ki bi jim v težkih trenutkih, ob neuspešnih postopkih, sodelovanje s socialnim delavcem ali delavko zagotovilo čustveno oporo, pomagalo razumeti posledice zdravljenja neplodnosti in pomoč, kako se spoprijeti s težavami. Menim, da je svetovanje in podajanje informacij na tem področju zelo pomembno, zato bom raziskala tudi vlogo in naloge socialnega delavca/delavke ter izvajanje psihološko-socialnega svetovanja v praksi. Kot problem sem zaznala, da profil in stroka socialnega dela v zdravstvu nista nikamor umeščena, nikjer opredeljena, niti ni zaznati literature z opisom vloge socialnega delavca/delavke in konceptov dela, ki jih ta pri svojem delu uporablja (še le v zadnjem času so v toku priprave standardov in normativov za socialno delo v zdravstvu).

Moje diplomsko delo predstavlja analizo desetih posameznih primerov, ki imamo/jo izkušnje z zdravljenjem zmanjšane plodnosti v postopkih z biomedicinsko pomočjo. Osnovno izkustveno gradivo predstavljajo pripovedi uporabnic, vse podatke sem pridobila z intervjuji.

Ker podatkov, ki sem jih potrebovala za obravnavo teme skorajda ni, sem na vse Klinike za zdravljenje reprodukcije v Sloveniji naslovila vprašalnike za strokovnjake:

ginekologe/ginekologinje in socialne delavce/delavke. Pri raziskovanju problema sem upoštevala obe perspektivi: perspektivo strokovnih delavcev in delavk (ginekologov in socialnih delavcev) ter perspektivo uporabnic, saj verjamem, da ima vsak od njih »svojo« teorijo o tem, kaj se dogaja, kako se počutijo, kako situacijo doživljajo in kakšni so njihovi predlogi za rešitve v določeni situaciji.

Z informacijami v diplomskem delu želim doseči, da bi se preko izkušenj posameznic in izmenjave informacij odpiral prostor, da zdravljenje z biomedicinsko pomočjo sprejmemo kot sodoben pristop k reševanju pojava in da neplodnost ne bo več obravnavana kot tabu tema.

Namen mojega raziskovanja je, da bi prišla do spoznanj, na osnovi katerih bi si posamezniki lahko pomagali ali se izognili oviram v postopku OBMP, če bi se znašli v podobni situaciji ali položaju. Moj cilj je doseči zavedanje strokovnjakov, da so za zadovoljstvo uporabnikov na določenih področjih potrebne oziroma zaželenne spremembe in da te predloge udejanjijo.

Za pomoč pri iskanju in dostopu informacij se zahvaljujem Kliniki za ginekologijo in perinatologijo iz Maribora in iz Centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo v Postojni ter njihovima ginekologoma, izr. prof. dr. Milanu Reljiču, dr. med. in mag. Uršuli Reš-Muravec, dr. med., spec. gin. in porod.

Za boljše razumevanje vloge socialnega delavca/delavke v ginekologiji se za posredovane informacije zahvaljujem vodji socialne službe Ginekološke klinike UKC Ljubljana, mag. Zlati Ličer, univ. dipl. soc. del in Andreji Ivanušič, univ. dipl. soc. del., iz socialne službe UKC Maribor.

Za vse napotke kje naj informacije pridobivam, se zahvaljujem Evi Plahuta iz Društva Živa, Mojci Pirnat iz Društva za večjo rodnost in plodnost Slovencev, Nataši Grosar, samostojni svetovalki iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter Renati Rihter, predstavnici pravic pacientov v Državni komisiji za OBMP.

Za sodelovanje, strokovno pomoč, kritično presojo, podporo in idejne spodbude, pri nastajanju diplomskega dela, se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Ani Mariji Sobočan.

Posebna zahvala pa velja mojemu možu Blažu in mojima staršema, ki so mi omogočili študij, me spodbujali, me motivirali ter mi nudili podporo, ko sem jo potrebovala.

Brez sodelovanja, deljenja izkušenj in doživljanja svojih sogovornic, tudi mojega diplomskega dela ne bi bilo, zato se vsem devetim iskreno zahvaljujem. Verjamem, da bomo stike ohranile tudi v prihodnje.

KAZALO VSEBINE

1	TEORETSKI UVOD	1
1.1	KONCEPT NEPLODNOSTI	1
1.1.1	Konstrukcija neplodnega para	2
1.1.2	Vzroki za neplodnost	3
1.1.3	Kritični faktorji plodnosti	5
1.1.4	Smeri razvoja reproduktivne medicine.....	7
1.1.5	Zdravljenje zmanjšane plodnosti in neplodnosti v Sloveniji.....	10
1.1.6	Faze postopka zdravljenja neplodnosti.....	12
1.2	ZAKONSKA IN PRAVNA UREDITEV OBMP V REPUBLIKI SLOVENIJI.....	18
1.2.1	Zakonska ureditev svobodnega odločanja o rojstvu otrok v Ustavi RS	18
1.2.2	Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP)	19
1.2.3	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja	19
1.2.4	Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB).....	20
1.3	STARŠEVSTVO	23
1.3.1	Definicija družine	25
1.3.2	Materinstvo	26
1.3.3	Očetovstvo	31
1.3.4	Strukturne spremembe družinskega življenja.....	32
1.3.5	Družina in nove reprodukcijske tehnologije.....	35
1.4	OSEBNI IN DRUŽBENI ODNOS DO REPRODUKTIVNIH TEHNOLOGIJ ALI SOCIALNA STIGMA.....	37
1.5	SOOČANJE Z NEPLODNOSTJO	40
1.6	SOCIALNO DELO V GINEKOLOGIJI	42

1.6.1	Psihološka pomoč in svetovanje neplodnemu paru	46
1.6.2	Vloga socialnega delavca/delavke v postopku zdravljenja neplodnosti	49
1.7	ETIČNA VPRAŠANJA IN DILEME	52
2	PROBLEM.....	55
3	NAČRT METODOLOGIJE	58
3.1	Vrsta raziskave	58
3.2	Merski instrumenti	59
3.3	Populacija in vzorčenje	60
3.4	Zbiranje podatkov.....	61
3.5	Obdelava in analiza podatkov	62
4	REZULTATI IN RAZPRAVA.....	66
5	SKLEPI.....	86
6	PREDLOGI.....	90
7	UPORABLJENA LITERATURA	93
8	PRILOGE.....	103
8.1	Priloga 1: Slovar izrazov	103
8.2	Priloga 2: Teme in (okvirna) vprašanja za intervjuje za uporabnice z izkušnjo zdravljenja (ne)plodnosti v postopku OBMP.....	107
8.3	Priloga 3: Vprašalnik za strokovnjaka (ginekologa/ginekologinjo) na kliniki za reprodukcijo	112
8.4	Priloga 4: Vprašalnik za socialnega delavca/ delavko na kliniki za reprodukcijo ..	113
8.5	Priloga 5: Moja osebna izkušnja z zdravljenjem v postopku OBMP	114

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Potek zunajtelesne oploditve po korakih	13
--	----

KAZALO GRAFOV

Graf 1.1: Vzroki neplodnosti in njihova pogostost	4
---	---

KAZALO TABEL

Tabela 3.1: Demografski podatki oseb, ki so sodelovale v raziskavi.....	63
Tabela 3.2: Podatki o zdravljenju neplodnosti v postopkih OBMP	64
Tabela 4.1: Spremembe v partnerskem odnosu.....	75

1 TEORETSKI UVOD

1.1 KONCEPT NEPLODNOSTI

Obstaja kar nekaj tem, o katerih se je težko pogovarjati in neplodnost je gotovo ena od teh.

V literaturi slovenskih in tujih avtorjev lahko zasledimo, da je upad rodnosti posledica zavestnega odločanja parov za življenje brez otrok, načrtno omejevanje rojstva ali poznejše načrtovanje rojstva otrok. Izsledki različnih raziskav kažejo na to, da se rodnost zmanjšuje, saj se povečuje število parov, ki imajo težave z zanositvijo ali neplodnostjo. Od leta 1950 do 2015 se je na svetovni ravni stopnja rodnosti zmanjšala, s povprečnih 5 živorojenih otrok na 2,5 na žensko (Statistični urad RS 2014).

Po podatkih, ki sem jih pridobila od strokovnjakov iz klinike za reprodukcijo v Mariboru in Postojni, ocenjujejo, da se s problemom neplodnosti sooča vsak sedmi par, to je 10-15 odstotkov vseh parov v Sloveniji. Tudi podatki, ki sem jih pridobila s strani Društva Živa kažejo, da 15 odstotkov parov v rodnem obdobju išče nasvet in pomoč zaradi neplodnosti.¹ Ker o stiski in težavah mnogi ne govorijo, posameznike, ki nimajo te izkušnje, podatek preseneča. Menim, da je razlog tudi v tem, da mnogi zdravljenje prikrivajo.

Pri iskanju informacij sem spoznala, da natančnejših raziskav in podrobnih statističnih podatkov o neplodnosti prebivalstva Slovenije ni, podatki niso javno objavljeni in dostopni ali pa jih medicinska stroka pridobiva in uporablja zgolj zase. Z namenom, da bi pridobila informacije, sem na Klinike za reprodukcijo v Sloveniji poslala prošnjo za posredovanje podatkov o številu in uspešnosti postopkov zdravljenja neplodnosti. Na Kliniki za reprodukcijo v Ljubljani so mi odgovorili, da ne morejo sodelovati pri moji nalogi zaradi obsežne in občutljive vsebine.²

¹ Društvo Živa- Društvo za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti, osebni pogovor na Društvu Živa z gospo Evo Plahuta.

² Mojo prošnjo za posredovanje podatkov so zavrnil na Kliniki za reprodukcijo v Ljubljani. Podatke so mi posredovali iz Klinike za ginekologijo in perinatologijo iz Maribora in iz Centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo v Postojni.

1.1.1 Konstrukcija neplodnega para

Strokovnjaka za zdravljenje neplodnosti sta mi pojasnila, da po veljavnem konsenzu »par velja za neplodnega takrat, ko po letu dni rednih spolnih odnosov, brez uporabe kontracepcije, ne pride do zanositve oziroma želene nosečnosti«.³

Condit piše, da so nezmožnost spočetja otroka včasih opisovali s pojmom sterilnost ali jalovost. Sterilni so bili deležni obžalovanja, vendar se je vselej od njih pričakovalo, da bodo sami kos situaciji. Medicinski termin sterilnost je z razvojem novih tehnologij v medicini zamenjal pojem neplodnosti in obenem imenoval potencialne paciente, ki potrebujejo zdravljenje. Prav taka terminologija je ustvarila domnevo, da neplodnost lahko ogrozi vsakogar, tudi ženske, ki že imajo otroka, saj jih lahko doleti tudi sekundarna neplodnost. Vsak nadaljnji mesec, ko ženska ne zanosi pomeni, da ostaja v omenjeni »neplodni« kategoriji (Condit 1996: 344–345).

Po pregledu različne literature sem spoznala, da je prevalenca neplodnosti v različnih delih sveta različna, pri čemer pa se moramo opirati tudi na raznovrstne vire in manj zanesljive informacije. Pfeffer v devetdesetih piše, da plodnost v zahodnih družbah še vedno pomeni nekaj zaželenega, vendar otrok ni več rojen z namenom, da bi si starši in družba zagotovili delovno moč za obdelovanje zemlje. Navaja, da je otrok pojmovan kot »naravni proizvod zakona in normativnega heteroseksualnega odnosa« (Pfeffer 1987:82). Poleg tega pa danes otrok ni samo proizvod heteroseksualnega odnosa, ampak je lahko tudi plod biomedicinskega postopka, ne glede na vrsto odnosa.

Bregar povzema po Allison, da na neplodnost vplivajo tudi kultura, kontekst in vrednostni sistemi posamezne države. V mnogih Evropskih državah tradicionalni ideali družine in materinstva še vedno obstajajo in zato se mnogi posamezniki še vedno soočajo s paradoksi, ker so ujeti med moderne ideale reproduktivne izbire in načrtovanja družine in med pronatalistične imperativne cerkva in držav (Allison 2011:8 v Bregar 2015:285).

Ne glede na to, ali je v posameznem primeru zmanjšano ploden ali neploden eden od partnerjev ali morebiti oba, je v reproduktivni medicini njuna vloga kot subjekt zreducirana na obstoj v paru. Dorijan Keržan (2008: 127–128) to pojasni kot paradoks, da neplodnega para ni mogoče drugače definirati kot negativno, saj prav to, da jima spodleti pri spočetju otroka, ju subjektivizira kot posameznika in kot celoto.

³ Podatke sta mi posredovala: mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., spec. gin. in porod., Zdravstveni center Dravljje (Postojna) in izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., (Maribor).

Ker se število neplodnih parov z leti povečuje menim, da je pomembno tako razumevanje kot tudi zavedanje tega relativno pogostega pojava v družbi. Želim si, da bi se preko izkušenj posameznic in posameznikov in izmenjave informacij odpiral prostor, da zdravljenje z biomedicinsko pomočjo sprejmemo kot sodoben pristop k reševanju pojava in da neplodnost ne bo več obravnavana kot tabu tema.

1.1.2 Vzroki za neplodnost

Definicija neplodnosti, ki jo podaja Svetovna zdravstvena organizacija WHO (World health organization 2015), temelji na statističnih podatkih, ki kažejo na to, da pri zdravem plodnem paru, v prvih šestih mesecih, rednih spolnih odnosov, brez uporabe kontracepcije, zanosi 75 odstotkov žensk in do konca prvega leta, še nadaljnjih 10 odstotkov. Razvidno je, da avtorji različno opredeljujejo vzroke, zaradi katerih prihaja do težav z zanositvijo. V literaturi se srečamo s poimenovanjem patoloških, družbenih, prehranskih in vedenjskih vplivov.

Ko se ugotavljajo vzroki za neplodnost, govorimo o ženski ali moški neplodnosti, ali pa so vzroki pri obeh. Če se vzroki za neplodnost ne odkrijejo, strokovnjaki govorijo o nepojasneni neplodnosti. Razvidno je, da avtorji vzroke, zaradi katerih prihaja do težav z zanositvijo, različno opredeljujejo. Med ginekologi prevladuje mnenje, da so med pomembnejšimi vzroki za zmanjšano plodnost predvsem poškodovani jajcevedi, slaba kvaliteta semenskega izliva, motnje ovulacije, starost, endokrini, endometrioza⁴, vnetja ženskega spolnega sistema, spolne bolezni itd. Z novimi diagnostičnimi testi in terapevtskimi postopki odkrivajo in zdravijo nekdanji popolnoma neugotovljive hormonske motnje.⁵ Vse pogosteje se srečajo tudi z nepojasnenimi, neznanimi vzroki, kar imenujejo idiopatska neplodnost.⁶

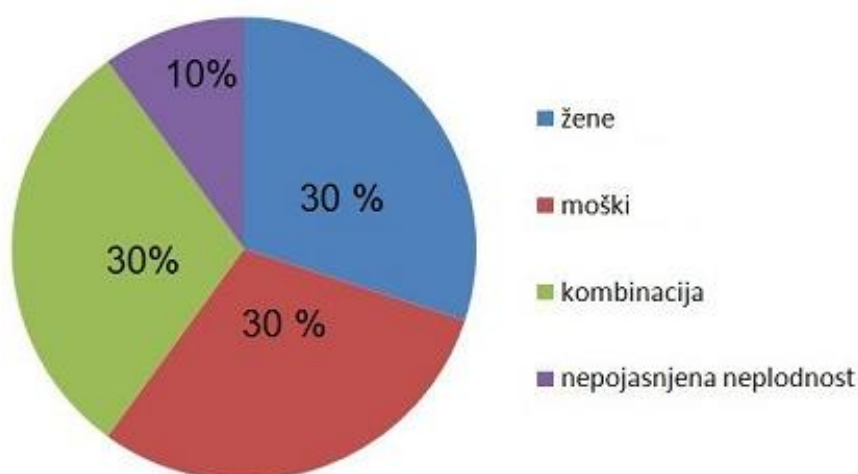
⁴ Pojem je pojasnjen v slovarju izrazov, v prilogi 1.

⁵ Podatke sta mi posredovala: mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., spec. gin. in porod., Zdravstveni center Dravljje (Postojna) in izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., (Maribor).

⁶ Pojem je pojasnjen v slovarju izrazov, v prilogi 1.

Na spletni strani Kliničnega oddelka v Ljubljani so zavedeni podatki, da osemdeset odstotkov vseh vzrokov ženske neplodnosti predstavljajo trije glavni vzroki, to so: motnje ovulacije, endometrioza in neprehodni jajcevodi. Z grafom so ponazorili vzroke neplodnosti in pojasnili, da natančnega podatka o pogostosti neplodnosti v Sloveniji nimajo, vendar ocenjujejo, da so podatki primerljivi z evropskimi in je neploden vsak sedmi par (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Graf 1.1: Vzroki neplodnosti in njihova pogostost⁷



Na spletni strani Centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna, kot najpogostejše vzroke neplodnosti pri ženah navajajo:

- Nepravilnosti na jajcevodih - vzroke povzročajo vnetja različnih vrst ali spremembe po operacijah.
- Endometrioza - pri 20–50 odstotkov žensk naj bi povzročala neplodnost.
- Nepravilnosti pri ovulaciji in hormonske motnje- najpogostejše gre za policistično spremenjene jajčnike
- Nepravilno oblikovana maternica - v teh primerih pride predvsem do motenj v poteku nosečnosti
- Ostali manj pogosti vzroki - vključujejo zdravljenje raka, imunske nepravilnosti, operacijske poškodbe organov, zdravljenja z določenimi zdravili ...

⁷ Vir: <http://www.reprodukcija.si/neplodnost>.

Med vzroke neplodnosti pri moških pripisujejo:

- Slabša kvaliteta semenskega izliva - gre za majhno število spermijev, slabo gibljivost le teh, slabo kvaliteto spermijev, infekcija, prisotnost protiteles.
- Semenčic v semenskem izlivu ni - gre ali za motnjo v zorenju semenčic ali pa za motnjo v transportu semenčic od testisov do sečnice.
- Motnje v ejakulaciji - gre za paciente, pri katerih ne pride do semenskega izliva (Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna).

1.1.3 Kritični faktorji plodnosti

Na spletni strani UKC Ljubljana je zapisano, da so ostali dejavniki, ki vplivajo na neplodnost: starost ženske, razvojne nepravilnosti maternice, miomi, prekomerna telesna teža, spolno prenosljive bolezni, sistemske bolezni (sladkorna bolezen, obolenja ščitnice) ali zdravila (antidepresivi, steroidi) (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Strokovnjaki Centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna kot kritične faktorje plodnosti navajajo:

- Starost

Staranje jajčnika pri ženski lahko povzroči zmanjšano plodnost in tudi pogostejše genetske nepravilnosti plodov. Poudarjajo, da v zadnjem času, kljub tem dejstvom, vedno več žensk odlaša nosečnost in se odloča za zanositev po 30. letu, ko pa začne reprodukcijska sposobnost počasi padati. Navajajo podatek, da obstaja 75 odstotna možnost, da bo ženska pri 25 letih, zanosila po 6 mesecih rednih spolnih odnosov, pri starosti 40 let pa ta možnost dramatično pade. Povedo, da se reprodukcijska sposobnost pri moških z leti manjša mnogo počasneje kot pri ženskah.

- Spolno prenosljive bolezni

Poudarjajo pomen nezaščitene spolne odnose, ki lahko povzročijo velike poškodbe jajcevodov, kar vodi do neplodnosti. Pišejo, da se tudi verjetnost za zamašitev jajcevodov povečuje z vsako obolelostjo za spolno prenosljivimi boleznimi. Kot pogostejši vzrok za nepravilnosti navajajo vnetja v medenični votlini.

- Kajenje

Kajenje posredno vpliva na številne psihološke funkcije, ki so potrebne za normalno reprodukcijo, kot na primer: rast foliklov, zmanjšuje odpornost organizma proti infekcijam. Ženske, ki so začele kaditi pred 16 letom starosti in pokadijo več kot 10 cigaret na dan, imajo zelo povečano verjetnost za nastanek neplodnosti. Pri moškem lahko kajenje vpliva na število semenčic in na njihovo oploditveno sposobnost.

- Vplivi okolja

Pri obeh spolih kot vzrok za zmanjšano plodnost navajajo nekatere kemikalije in hlape.

- Uporaba drog

Substance (marihuana, kokain, alkohol in celo kofein) lahko povzročajo zmanjšano plodnost. Navajajo se podatki raziskav v ZDA, ki so pokazale, da ženske, ki popijejo dnevno več kot 3 skodelice kave, zmanjšajo svojo plodno sposobnost za 20 odstotkov.

- Stres

Omenjajo, da so v današnjem času ljudje pod bistveno večjim stresom, kot so bile generacije pred nami. Navajajo podatek, da imajo danes ženske v rodnem obdobju kar 65 odstotkov več možnosti, da zapadejo v klinično depresijo, kot pa so jo imele ženske prejšnjih generacij. Stres ali depresija pa povzroča neredne menstruacijske cikle in nepravilno ovulacijo pri ženskah in lahko vpliva tudi na število in gibljivost semenčic pri moškem.

- Posebne prehrabene navade, pretirana telesna vadba ali pretirana telesna teža

Navajajo, da plodno sposobnost lahko zmanjšuje strogo vegetarijanstvo ali profesionalno ukvarjanje s športom, kjer športniki skušajo znižati količino telesne maščobe na minimum in to lahko povzroči hormonsko neravnovesje. Zmanjšano plodnost pa lahko povzroči tudi prevelika telesna teža in premalo gibanja (Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna).

Menim, da so vsi dejavniki in vzroki, ki jih različni avtorji naštevajo in imenujejo, med seboj povezani in soodvisni, kar pa vidim tudi kot enega izmed možnih vzrokov t. i. odloženega materinstva in starševstva. Če pojasnim na primeru lastne izkušnje, sem prvič zanosila naravno, spontano, brez medicinske pomoči, drugič pa sem imela težave z zanositvijo. Najprej sem se soočala z raznimi ginekološkimi težavami, za katere nisem vedela, kako je do njih prišlo,

nadaljevalo pa se je še s težavami z zanositvijo. Če povzamem, sem zaradi različnih dejavnikov in težav, ki so temu sledile, zanosila mnogo kasneje, kot bi si želela, a na to, na žalost, nisem mogla vplivati. Po izkušnjah kolegic, ki so sodelovale v postopkih OBMP, lahko povem, da je pri njih zaradi dolgotrajnih ali neuspešnih postopkov prišlo do t. i. »prisilnega« odlaganja starševstva. Zviševala se je njihova starost, ki je še dodatno omejila ali zmanjšala možnost uspeha zanositve in zamaknila rojstvo otroka.

1.1.4 Smeri razvoja reproduktivne medicine

Začetki zanimanja filozofije nosečnosti segajo še v čas antične Grčije, ko se je Aristotel s svojim delom zapisal v razvoj medicinske znanosti. V knjigi *Nezmožnost spočetja* se je posvetil vprašanju, zakaj in kako ženske zanosijo? (Virant-Klun et al. 2002:98).

V različnih literaturah je zaznati, da so že v 18. stoletju mnoge neplodne ženske posegale po različnih zeliščih in pripravkih, ki so se uporabljali z namenom, da bi se odpravile težave z neplodnostjo. V izročilu slovenskega ljudskega zdravilstva so za preprečevanje in odpravo neplodnosti oziroma za pridobitev plodnosti priporočali prevretke melise in rožmarina, ki naj bi si jih ženske vbrizgavale v maternico (Repinc 2000:4).

Že od 19. stoletja je razumevanje in spopadanje z neplodnostjo, s poimenovanji in medicinskim modelom, potekalo počasi in postopno. Greil (1993:196) navaja metode zdravljenja ženske neplodnosti v prvi polovici 19. stoletja, to so: kopanje v morju, sprememba klime, spolna abstinenca ali počitek. Takrat so se posamezniki ali posameznice, ki so imeli težave z neplodnostjo, po pomoč obračali k babicam in ginekologom, vendar brez uspehov. Ko so se sredi 19. stoletja temu pridružili kirurški posegi in nekatere oblike konzervativnega zdravljenja nepravilnosti na rodilih, se je stanje začelo počasi spreminjati.

Kniebiechler označi napredek medicine in pojasni, da so moralne zavore počasi začele utrjevati pot moderni ginekologiji, ki je pred tem zaradi redkih vaginalnih pregledov le malo vedela o boleznih spolnih organov. Spoznanja in ugotovitve o ovulaciji, v letih 1840 in 1860, so vplivala na obravnavanje neplodnosti in tudi na njeno zdravljenje (Kniebiechler 1998: 336–342 v Repinc 2000:8).

V preteklosti so že misli na otroke iz epruvete vzbujale občutek znanstvene fantastike in burile duhove v družbi. K temu je pripomogel strah pred neznanim, prepričanje o moralni spornosti postopka in občutek, da zdravniki izvajajo postopke, ki niso primerni. Največ nasprotnikov je bilo iz verskih in filozofskih vrst. Tudi sama sem v družbi naletela na razne pomisleke, komentarje in mnenja, da umetna oploditev ni naravno spočetje otroka in da naj se prepustim naravi in toku dogajanj, z obrazložitvijo, da če mi je otrok namenjen, bo naravno spočet in bom zanosila. Res je, ko se pojavijo težave z zanositvijo, je večina posameznikov usmerjena k najhitrejši in najlažji potežitvi in uresničitvi želje po otroku in postopek OBMP je ena izmed teh. V tistem trenutku je bilo mnenje v družbi zame zadnja ovira, ki bi me ustavila pri izbiri, kar pa seveda ne pomeni, da vsi pari, ki se soočajo z neplodnostjo, občutijo enako.

Kot navaja Repinc (2000:8) se je v Združenih državah Amerike že leta 1884, zgodila umetna inseminacija z darovalčevo spermo, vendar je naletela na močan odpor Vatikana. Cerkev svojega mnenja o postopkih umetne oploditve še danes ni spremenila, saj menijo, da se mora združitev zgoditi v telesu ženske (Janežič et al. 2011). Leta 1940 so prvič izvedli inseminacijo z zamrznjenimi semenčicami. Menim, da omenjeno vrsto postopkov danes uspešno izvajajo, vendar pa se ob oploditvah z darovano spolno celico še vedno odpirajo nerešena etična in pravna vprašanja, predvsem vprašanja pravičnosti, enakosti, diskriminacije in varstva individualnih interesov.

Na spletnem portalu neplodnost.net pišejo, da ideja o oploditvi jajčnih celic sega že na konec 19. stoletja. 1969 so izvedli prvo zunajtelesno oploditev pri človeku, prvi prenos zarodkov pa leta 1972. Sledila sta še 102 neuspešna prenosa zarodkov, nakar se je po 6. letih rodila Luise Brown, to je natanko po 100 letih, od prve zamisli (Neplodnost.net).

25. julija 1978 se je rodila Louise Joy Brown, prvi otrok spočet zunaj maternice, ki je za tisoče parov po vsem svetu pomenil novo upanje. Postopek sta izvedla zdravnika Partick Steptoe in Robert Edwards, ki prihodnjima staršema takrat nista povedala, da je postopek in vitro le eksperimentalen in da se po tem postopku ni rodil še noben otrok (MMC RTV SLO 2013). Povzeto po Greil (1993:197), pa je rojstvo prvega otroka iz »epruvete« obenem pomenilo šok tako za reproduktivno medicino kot za vso svetovno javnost in hkrati največjo prelomnico dramatičnega razvoja medicinskih tehnologij zdravljenja neplodnosti.

Šele leta 1993 je Svetovna zdravstvena organizacija neplodnost prvič opredelila kot bolezen, ki je zahtevala medicinsko obravnavo (Mamo 2007:30). Tudi izboljšave laboratorijskih znanosti in nove tehnike, ki so omogočile hranjenje in zamrzovanje semena, so spodbudile razvoj zdravljenja neplodnosti. Z napredkom in uspešnostjo postopkov je tedanji, pogosto uporabljen izraz sterilnost, zamenjal izraz neplodnost, s čimer pa se je destigmatiziralo stanje »biti brez otrok« (Mamo 2007:29–30).

Uporaba in dostopnost postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo je pomembna rešitev za mnoge heteroseksualne pare, ki se soočajo z neplodnostjo. Kot piše Sandra Bregar, je do leta 2010 več kot polovica svetovnih držav (105) razvilo storitve IVF (zunajtelesne oploditve) ali pa so bili na pragu razvoja reproduktivnih tehnologij (Inhorn, Patrizio 2015:5 v Bregar 2015: 285). Podatki raziskav ESHRE (2014) kažejo na to, da se več kot polovica vseh postopkov izvede v Evropi, zato jo imenujejo tudi »zibelka reproduktivnih tehnologij«. Glede razpoložljivosti reproduktivnih postopkov se med Evropskimi državami v sam vrh uvršča tudi Slovenija. Glede na število posameznic/posameznikov in parov, ki sem jih srečala v času zdravljenja, lahko ocenim, da se najverjetneje povečuje povpraševanje in vključevanje v postopke umetnih oploditev. Z višanjem števila neplodnih parov in z uspešnostjo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo pa se posledično povečuje tudi število klinik za reprodukcijo. Kot navajata avtorja Inhorn in Patrizio (2015:5) je po ocenah do leta 2010 na svetu obstajalo med 4000 in 4500 reproduktivnih klinik. V Sloveniji imamo tri, v Ljubljani, Mariboru in Postojni. To so: Univerzitetni klinični center Ljubljana (Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo), Univerzitetni klinični center Maribor (Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo) in Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo v Postojni.

Veliko vlogo pri dostopnosti, pokritosti in uporabi reproduktivnih tehnologij, ima politika, saj v različnih državah po Evropi obstajajo različni standardi in priporočila glede reproduktivne tehnologije (ESHRE, 2010:1). Po dostopnosti postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo in številu otrok, rojenih iz teh postopkov, je Slovenija med vodilnimi v Evropi (osebni pogovor)⁸.

⁸ Podatke mi je posredovala ga. Nataša Grosar, ZZZS.

1.1.5 Zdravljenje zmanjšane plodnosti in neplodnosti v Sloveniji

Kot sem že omenila, ni javno dostopnih podatkov ali raziskav, ki bi prikazale, kakšna je razširjenost neplodnosti v Sloveniji in tudi ni natančnih ali zanesljivih podatkov o tem, kdaj so začeli obravnavati in zdraviti neplodnost pri nas.

Različni avtorji začetke dejavnosti reproduktivne medicine povezujejo z ustanovitvijo Ženske bolnišnice v Ljubljani leta 1923 (Meden-Vrtovec s sodelavci 1989), začetki zdravljenja neplodnosti v Mariboru pa segajo v leto 1928, ko se je tu odprl ginekološki oddelek (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

Podatki kažejo, da se je v Sloveniji, še posebej po letu 1955, v sklopu ginekologije razvijala tudi služba za zdravljenje neplodnosti, najprej v obliki posamične, kasneje v obliki organizirane pomoči (Andolšek-Jeras 1989:12 v Meden-Vrtovec s sodelavci 1989).

Leta 1956 je dr. Tekavčič v Centralnem ginekološkem dispanzerju imel ordinacijo za neplodne pare. Veljal je za nosilca zdravljenja neplodnosti. Leta 1969 je poročal o prvi uspešni umetni osemenitvi v Jugoslaviji, do takrat pa je veljala posvojitev kot edina možnost in rešitev za neplodne pare (Meden-Vrtovec s sodelavci 1989).

V Sloveniji smo zelo hitro sledili razvoju reproduktivne medicine po svetu in leta 1982 ustanovili skupino za zunajtelesno oploditev (Neplodnost.net). Leta 1983 se je v Ljubljani zgodila prva umetna oploditev, ki se je na žalost končala s splavom, a sta se že leto zatem, natančneje 5. oktobra 1984, rodili prvi dvojčici iz epruvete (Odmevi 2013, Meden-Vrtovec s sodelavci 1989). S prvo zunajtelesno oploditvijo so tako postavili nov mejnik v reproduktivni medicini.

V Ljubljani je bila ustanovljena tudi prva semenska banka, s katero je še danes podana možnost parom oploditve in zanositve z darovano spolno celico. Kocmur (2008) navaja, da so prve darovalce semena v Ljubljanskem androloškem laboratoriju privabili januarja 2001, postopke oploditve pa so začeli v drugi polovici istega leta. Dostopnost in možnost slovenskih parov je s tem korakala z roko v roki s tujimi strokovnimi praksami. S tem pa se je začelo novo poglavje, ki ga danes uspešno nadaljujejo vsi zaposleni iz Kliničnega oddelka za reprodukcijo in drugi strokovnjaki po celi Sloveniji (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za

reprodukcijo, Keržan 2008). V Mariboru se je leta 1988 rodil prvi otrok, ki je bil spočet zunaj telesa, leta 1995 pa so kot prvi v Sloveniji opravili postopek ICSI.⁹ (Tekač 2007).

Na vprašanje, koliko postopkov OBMP (povprečno) izvedejo na kliniki za reprodukcijo na leto, sta mi strokovnjaka povedala, da v Postojni izvedejo med 800 in 900 postopkov OBMP na leto in uspešnost izvedenih postopkov ocenjujejo kot 25–30 odstotno, na stimuliran ciklus. V Mariboru pa ocenjujejo, da vsako leto opravijo 1200 postopkov, v katerih je bilo do leta 2014 rojenih že več kot 6000 otrok.¹⁰ Na kliniki za reprodukcijo UKC Ljubljana mi na prošnjo podatkov niso želeli posredovati. Iz podatkov Poslovnega poročila ZZZS 2014 (ZZZS 2014:50) je bilo v Sloveniji v letu 2014, izvedenih 3.118 postopkov OBMP, za število porodov podatka ni. Menim, da je kljub številu izvedenih postopkov nemogoče določiti, koliko otrok je bilo do danes rojenih v Sloveniji, saj je mnogo posameznikov in parov, ki se zdravijo tudi v tujini.

Javno objavljenih in statističnih podatkov o tem, kako so posamezne klinike za reprodukcijo v Sloveniji uspešne ni, sem pa dobila pojasnilo od predstavnice Društva Živa: *»Vsaka primerjava med klinikami kaže na zgrešen pristop k tematiki. V Sloveniji imamo tri centre in vsak center dela na nekoliko drugačen način, z drugimi zdravili, z drugačnim pristopom. Posledično se na centre obračajo na začetku različni profili parov. Na splošno med pari velja, da se pari z več težavami prej obračajo na kliniko v Ljubljani in Mariboru. Kar se vedno svetuje parom je, da če v enem centru ne uspejo (1x, 2x, 3x), naj center menjajo. Ne zato, ker bi center imel slabšo uspešnost, ampak zato, ker bi mogoče bolj ugodno vplival drug, bolj svež pristop, drugo zdravilo, anestezija ali zgolj drugo okolje. Klinike so zato enako uspešne, le vsem parom ne ustrezajo vsi protokoli.«*¹¹

Če pogledamo podatke, klinike štejejo različne rezultate, s katerimi ocenjujejo svojo uspešnost npr.: ponekod k uspešnemu postopku štejejo pozitiven test, drugje pa šele porod živega otroka. Pri OBMP je število zgodnjih spontanih splavov nekoliko višja kot sicer, zato to nikakor niso primerljivi podatki.

⁹ Pojem je pojasnjen v slovarju izrazov, v prilogi 1.

¹⁰ Podatke sta mi posredovala: mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., Zdravstveni center Dravljje (Postojna) in prof. dr. Milan Reljič, dr. med., (Maribor).

¹¹ Društvo Živa- Društvo za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti, osebni pogovor z gospo Evo Plahuta.

Danes so informacije o možnostih reševanja neplodnosti, vključno s predstavljenimi in opisanimi načini in metodami zdravljenja, relativno lahko dostopne. Najdemo jih v knjigah, strokovnih člankih in tudi na spletu. Tudi zame je za potrebe mojega diplomskega dela bil eden izmed glavnih virov svetovni splet.

Različni avtorji poudarjajo, da v 21. stoletju reproduktivne tehnologije še vedno niso realizirane in globalno zagotovljene kot varne, cenovno dostopne in zanesljive storitve, čeprav so na voljo že več kot 30 let (Allahbadia 2013:291, Inhorn, Patrizio 2015: 8–12).

1.1.6 Faze postopka zdravljenja neplodnosti

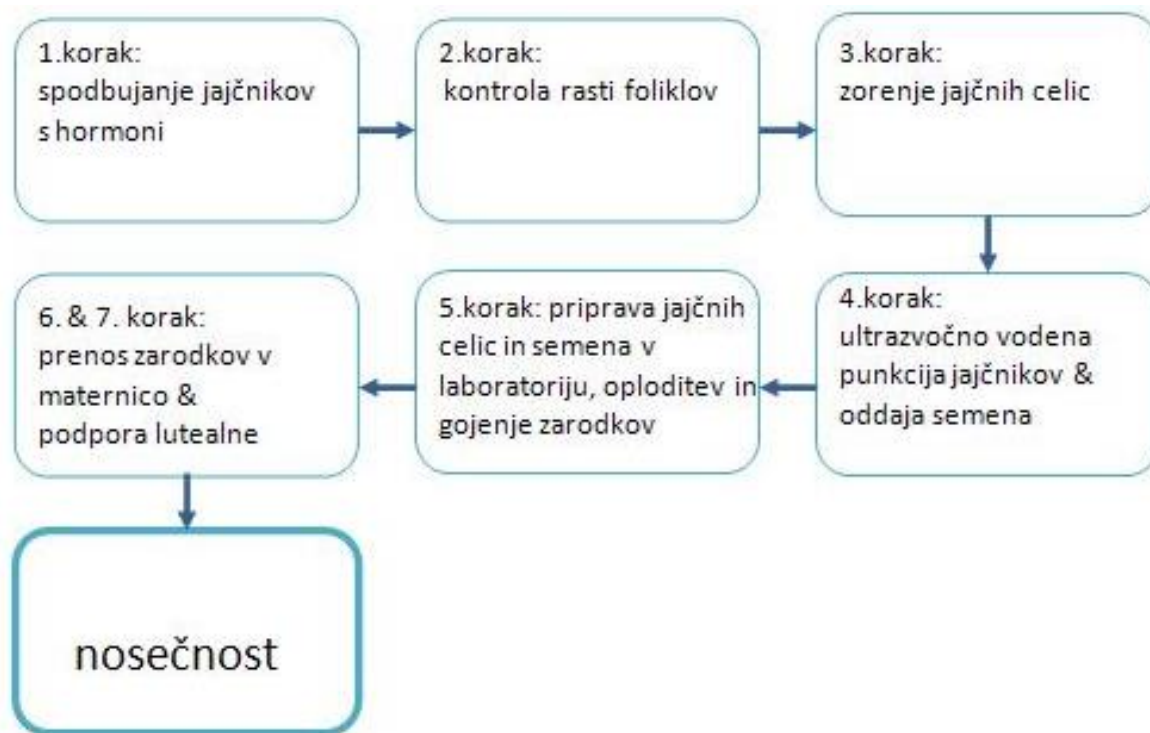
Postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo opravljajo vse klinike v Sloveniji pri ženskah v starosti od 18. do 43. rojstnega dneva ter pri moških starejših od 18 let, v skladu s slovensko zakonodajo (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

Na spletni strani UKC Ljubljana je opisana administrativna pot:

1. korak: Oba s partnerjem sta klicana na posvet-konzilij, ki ga sestavlja strokovno posvetovalno telo: ginekolog/ginekologinja, embriolog/embriologinja in socialni delavec/socialna delavka. Ugotavlja se ali par lahko vstopi v postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo in izda se odločba o dovoljenem prvem postopku.
2. korak: Ob naslednji menstruaciji se je treba naročiti na postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo.
3. korak: Ob sprejemu v postopek OBMP se morata oba partnerjema javiti na Kliničnem oddelku za reprodukcijo, v ambulantni za IVF. Sestra razloži ves postopek. Na srečanju se podpiše obveščen pristanek o postopku, prejme se obrazec za izdajo zdravil, anketo zadovoljstva, pisna navodila o poteku postopka, navodila za oddajo semena (partner), obvestilo zdravniku o vključitvi v postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo (za potrebe bolniškega dopusta), formular o izidu postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo. Nato sledi administrativni sprejem, kjer paru podajo navodila za ravnanje z zdravili (hormonske injekcije) (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

Slikovno so predstavili tudi potek postopka zunajtelesne oploditve z biomedicinsko pomočjo:

Slika 1.1: Potek zunajtelesne oploditve po korakih ¹²



1. korak: Spodbujanje jajčnikov s hormoni:

Postopek se začne s spodbujanjem jajčnikov z vsakodnevnimi injekcijami. S hormoni se dosežeta rast in razvoj več foliklov hkrati in zrelost več jajčnih celic (za razliko od spontanega ciklusa, ko raste in dozori ena sama celica). Obstaja več različnih protokolov za spodbujanje jajčnikov (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

2. in 3. korak: Kontrola rasti foliklov in zorenje jajčnih celic:

Z rednimi vaginalnimi ultrazvočnimi pregledi se ugotavlja število in rast foliklov, v katerih rastejo jajčne celice, ter ocenjuje debelino maternične sluznice. Ko rastoči folikli dosežejo optimalno velikost, prejme ženska t. i. »stop injekcijo«, ki izzove dokončno dozorevanje jajčnih celic (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

¹² Vir: <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/sopnje-pri-zunajtelesni-oploditvi/>.

4. korak: Ultrazvočno vodena punkcija jajčnikov in oddaja semena:

Ultrazvočno vodena punkcija (aspiracija foliklov) je postopek, s katerim se pridobijo jajčne celice, ki so dozorele v foliklih. Postopek se izvaja drugi dan po stop injekciji. Ob istem času partner odda seme. Ob odpustu se izve končno število pridobljenih jajčnih celic in medicinske sestre podajo navodila o nadaljnjem zdravljenju in postopku. Dogovori se za datum in uro, ko se bo opravil predviden prenos zarodkov (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

5. korak: Priprava jajčnih celic in semena v laboratoriju, oploditev in gojenje zarodkov:

Ker je seme različne kakovosti, ga najprej pregledajo in nato pripravijo za oploditev. Pripravljene semenčice potem kultivirajo z jajčno celico (klasična metoda zunajtelesne oploditve - IVF) ali pa jih uporabijo za oploditev z metodo neposrednega vnosa semenčice v jajčno celico. Metodo neposrednega vnosa semenčice (ICSI) izvajajo pri moških, ki imajo slabo kakovost semena (malo spermijev, slabo gibljive spermije, spermije spremenjene oblike ali celo spermije, ki jih dobimo v testisu pri tistih moških, ki nimajo spermijev v izlivu). V tem primeru v laboratoriju pod posebnim invertnim mikroskopom v vsako jajčno celico vstavijo en spermij. Tako oplojene jajčne celice potem v gojišču za gojenje jajčnih celic inkubirajo v inkubatorju tako kot ostale jajčne celice po klasičnem IVF-u. Sledi kultivacija tako pripravljenih jajčnih celic na posebnem gojišču v inkubatorju. Naslednje jutro se pregledajo vse jajčne celice. 18 do 20 ur po oploditvi opazujejo ali je prišlo do oploditve ali ne. Izločijo se neoplojene, nepravilno oplojene ali degenerirane jajčne celice (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

6. korak: Prenos zarodkov:

Zarodki se prenašajo v maternico drugi, tretji ali peti dan po aspiraciji foliklov (natančen dan se izve ob odpustu po punkciji). Koliko zarodkov se prenese, je odvisno od različnih dejavnikov (kakovost in število pridobljenih zarodkov, starost žene, število neuspešnih postopkov) in določeno po strokovnih kriterijih Kliničnega oddelka za reprodukcijo. V maternico se prenese največ dva zarodka hkrati. Navajajo podatek, da od leta 2008, pri ženskah do 35. leta starosti, prenašajo v maternico po en zarodek dobre kakovosti v prvih dveh postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Po posegu par seznani s kvaliteto zarodkov in z morebitnimi možnostmi zamrzovanja le teh (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

7. korak: Nosečnost:

V primeru, da ženska ne dobi menstruacije, se mora 17. dan po postopku (inseminaciji ali prenosu zarodkov) oglasiti za preiskavo krvi, da opravi test nosečnosti (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

Menim, da je pri zdravljenju v postopku OBMP pomembno tudi dejstvo, da se posameznik/posameznica ali par zaveda, da test nosečnosti ni zagotovilo za nosečnost in rojstvo otroka. Do tja je še dolga in zahtevna pot.

Pri prebiranju literature so se mi zdeli zanimivi poudarki strokovnjakov, ko so populacijo staršev in otrok, spočetih po postopku IVF-ET, razlikovali od splošne populacije. Pripisovali so jim značilnosti, da so pari, ki so vključeni v postopke običajno starejši, da so nosečnice v povprečju 6 let starejše in da so v postopkih pogostejše mnogoplodne nosečnosti kot ob običajni zanositvi (Virant-Klun et. al., 2002: 199–201). V nadaljevanju so strokovnjaki z rezultati raziskav ovrgli to teorijo in pišejo o tem, da študije, ki so upoštevale te značilnosti populacije, niso pokazale bistvenih razlik med potekom in izidom nosečnosti in poroda otrok po postopku IVF-ET. Zapisali so, da pa so mnogoplodne nosečnosti pri zunajtelesni oploditvi okoli 20-krat pogostejše kot po naravni zanositvi in da se zato klinike po vsem svetu ukvarjajo z raziskavami, kako bi uspešnost IVF postopkov ohranili in obenem zmanjšali nastanek mnogoplodnih nosečnosti. Pišejo o tem, da se v ta namen v posameznih postopkih prenaša manjše število zarodkov, nadštevilne zarodke se zamrzuje in uporabi za prenos v naslednjih ciklih, zarodki se prenašajo v maternico šele 4. ali 5. dan, ker se lažje izbere zarodke boljše kakovosti. Pomembna se mi zdi tudi informacija, da primerjave nosečnosti, porodov in novorojenčkov, pri enako starih materah, nosečih po naravni zanositvi ali po postopku OBMP, niso pokazale bistvenih razlik. Če povzamem, podatki raznih raziskav kažejo na to, da nosečnosti po postopku IVF-ET ne predstavljajo tveganj za zaplete v nosečnosti in da je v naših klinikah za matere dobro poskrbljeno. Strokovnjaki pišejo tudi o tem, da se otrokom, rojenim po postopku zunajtelesne oploditve, po navadi posveča več pozornosti, zaradi česar je odkritih več manjših nepravilnosti, ki jih pri otrocih po naravni zanositvi, ni opaziti (Virant-Klun et. al. 2002:199–207).

Moje osebne izkušnje so povsem drugačne. Menim, da mojih treh živorojenih otrok, ob in po porodu, strokovnjaki (ginekologi) niso obravnavali ali z njimi ravnali drugače, četudi je prvi bil spočet po naravni poti. Tudi obravnava in spremljanje nosečnosti je bilo enako. Mogoče je bila

razlika ob porodu le zaradi tega, ker sem v drugo rodila dvojčka in so bili pripravljeni na možne zaplete.

Pari, ki se zdravijo za neplodnost/zmanjšano plodnost, gredo skozi različne faze v postopku:

- Preiskave:

Usmerjene so k iskanju vzroka neplodnosti. Strokovnjaki UKC Ljubljana razlagajo, da pravo zdravljenje neplodnosti pomeni, tako kot nasploh v medicini, odpravljanje vzroka, če je to možno. Zapisali so, da vedno začenjajo z manj invazivnimi in nebolečimi preiskavami, rezultati opravljenih preiskav pa narekujejo bolj ciljane in zahtevne postopke (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

- Priprava na postopek

Strokovnjaki klinike v Mariboru poudarjajo, da je skrbna priprava para ključnega pomena za uspešnost postopkov OBMP. Povedo, da par najprej seznanijo s potekom, uspešnostjo in morebitnimi tveganji postopkov ter pridobijo njun obveščeni pristanek. Pred samimi postopki ugotavljajo in odpravljajo vse dejavnike, ki negativno vplivajo na možnost zanositve. Pomembno se jim zdi, da je par pred začetkom zdravljenja v kar najboljši psihofizični kondiciji in da že nekaj mesecev pred postopkom posveča posebno pozornost zdravemu načinu življenja (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

- Prvi pregled:

Pri prvem pregledu par spozna zdravnika ginekologa, ki se ukvarja z neplodnostjo. Seznani ju s težavami in povpraša o boleznih, zdravlilih in predhodnih operacijah. Zanimajo ga ginekološki podatki. Sledi ginekološki in ultrazvočni pregled, s pomočjo katerih se ugotavlja, ali obstajajo organski vzroki za neplodnost. Če ugotovijo, da gre za organske vzroke, le te poskušajo popraviti kirurško. Na ta način omogočijo paru spontano zanositev in se izognejo morebitnim postopkom oploditve z biomedicinsko pomočjo in njihovim zapletom. Zaželeno je, da sta pri prvem pregledu prisotna oba partnerja, saj neploden par obravnavajo celostno (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

- Ultrazvočna preiskava:

Je zelo pomembna pri postopkih OBMP, pri kateri se spremlja rast foliklov in debelino sluznice maternice. Na osnovi pogovora in pregleda se zdravnik odloči za morebitne potrebne dodatne preiskave (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

- Analiza semena:

Iz razlogov, ker je približno polovica vzrokov za neplodnost para moških, izda navodila za oddajo semena partnerja. Analiza semena (spermioqram) je preiskava, s katero ugotavljajo kakovost semena. Je izredno pomembna preiskava, ki jo mora opraviti moški vsakega neplodnega para. Če odkrijejo nepravilnosti, povabijo moškega na pregled k andrologu, po potrebi opravijo tudi hormonske teste ali opravijo zahtevnejše preiskave (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

- Hormonska preiskava:

Z merjenjem nivoja hormonov strokovnjaki pridobijo pomembna pojasnila o delovanju jajčnikov in o njihovi rezervi. Nivo hormonov ugotavljajo z odvzemom krvi v laboratoriju (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

- Zdravljenje:

Strokovnjaki pojasnjujejo, da tako kot obstaja veliko vzrokov za neplodnost para, obstaja tudi veliko možnosti za zdravljenje le te. Ko par opravi vse potrebne preiskave, s pomočjo katerih se odkrije vzrok za neplodnost, ginekolog predlaga plan in način zdravljenja (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika 2016). Ko so izčrpane vse možnosti zdravljenja neplodnosti (operativno zdravljenje, zdravljenje z zdravili ali kombinirano zdravljenje) ginekolog par napoti na postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Postopek zunajtelesne oploditve je zadnja in hkrati najbolj zahtevna stopnja zdravljenja neplodnosti, za katero je upravičenost tudi natančno preverjena. V Kliniki za reprodukcijo v Ljubljani se ponašajo s tem, da izvajajo vse najbolj poznane in uveljavljene postopke, ki so na voljo trenutno v svetu. Mednje sodijo intrauterine inseminacije (IUI), postopki in vitro fertilizacije (IVF), neposreden vnos spermija v jajčno celico (ICSI) in neposreden vnos izbranega spermija v jajčno celico (IMSI- Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection).

1.2 ZAKONSKA IN PRAVNA UREDITEV OBMP V REPUBLIKI SLOVENIJI

V posameznih državah na regulacijo in legalizacijo reproduktivnih tehnologij vplivajo različne zgodovinske, politične, socialne in religiozne tradicije. Kot navaja Sorenson (2006:4) je namen takšnih regulacij lahko zaščita zdravja, varnosti in blaginje, kar pa države zagotavljajo s ponudbo in zagotavljanjem širokega spektra omenjenih reproduktivnih tehnologij ali omejujejo z zakonsko prepovedjo reproduktivnih tehnologij.

Leta 1977 je bila pri nas uzakonjena pravica do neplodnosti z Zakonom o zdravstvenih ukrepih pravice do svobodnega odločanja otrok, novi postopki reproduktivne tehnologije pa so zahtevali nove pravne ureditve, ki bi bile prilagojene evropskemu prostoru.

V času sprejemanja slovenske zakonodaje, za področje oploditve z biomedicinsko pomočjo, pa so se začela pojavljati tudi različne špekulacije, dvomi, prepričanja, predsodki, različni pogledi, poimenovanja in interpretacije o pomenu družine. Mnogo vprašanj je nerešenih še danes, ker družba postopkov OBMP in novih oblik družin, ki ob tem nastajajo, ne sprejema.

1.2.1 Zakonska ureditev svobodnega odločanja o rojstvu otrok v Ustavi RS

Brajša (1987:29) v svojem delu piše o človekovih pravicah in o osnovnih pravicah staršev, da se lahko svobodno in odgovorno odločajo o številu otrok in pogostosti njihovih rojstev, kar je bilo navedeno v Teheranski deklaraciji že leta 1968. Zvezna skupščina SFRJ je leta 1969 izdala Resolucijo o načrtovanju družine, ki je poudarjala, da imajo starši možnost, da sami določajo število otrok. Ista resolucija je navajala, da je za psihofizično celovitost, za zavestno starševstvo in za zdrav podmladek pomembno, da so zagotovljeni pogoji za to, da je vsak rojeni otrok tudi zaželen.

V 55. členu Ustave RS (1991) je zapisana svoboščina, da je odločanje o rojstvih otrok svobodno, kar pomeni, da ima posameznik pravico do svobodne izbire o otrocih (če bo imel-a, kdaj in koliko otrok).

V 2. odstavku je zapisano: »Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločajo za rojstva svojih otrok.« Iz svobode odločanja izhajajo tudi pravica do preprečitve nosečnosti (kontracepcija), do prekinitve nosečnosti (splav) in do zdravljenja neplodnosti. Zaradi možnosti zagotovitve slednje pravice je bil leta 2000 sprejet Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih z biomedicinsko pomočjo.

1.2.2 Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP)

V 1. in 2. členu zakona je opredeljeno, da ima vsak človek pravico, da se svobodno odloča o rojstvu otrok. Država zagotavlja, da so ženski in moškemu dostopne vse možnosti, s katerimi se jima v okviru zdravstvenega varstva pomaga uresničiti to pravico in se ju seznanja s postopkom, potekom in posledicami uporabe sodobnih načinov in sredstev za uravnavanje rojstev.

V 3. členu so zapisani zdravstveni ukrepi, s pomočjo katerih se uravnava rojstvo otrok, med katerimi je poleg preprečevanja zanositve in umetne prekinitve nosečnosti omenjeno tudi zdravljenje zmanjšane plodnosti.

Omenjeni zakon, ki je bil sprejet že leta 1977, žensk ni ločeval po tem ali so poročene ali samske in tudi slednje so se lahko vključile v postopke umetne osemenitve. Menim, da je zakon ZZNPOB sporen na tej točki, ker posega v pravice samskih žensk in jih diskriminira.

1.2.3 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja

Država določa omejitve pri dostopu do postopkov glede na starost (moških in predvsem žensk) ter število izvedenih postopkov OBMP. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja v 37. členu določajo, da so ženske v okviru specialistično-ambulantne dejavnosti, od dopolnjenega 18. leta do dopolnjenega 43. leta starosti, upravičene do kritja stroškov oploditve v celoti v primeru zdravstvenih težav.

S ciljem, da bi zavarovanim osebam zagotovili ustrezno dostopnost do postopkov OBMP v celoti v Sloveniji, kar je sicer povezano predvsem z uspešnostjo programa darovanja ženskih spolnih celic, so se partnerji v zdravstvu na pobudo ZZZS v letu 2010, v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2010 dogovorili, da ZZZS od 1. 4. 2010 dalje postopke OBMP plačuje po realizaciji in ne več samo do plana. Tako je dostopnost do postopkov OBMP izključno odvisna od zdravstvenih zmogljivosti (zlasti kadra in njegove produktivnosti) v Sloveniji ter uspešnosti programa darovanja spolnih celic. 136. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja omogoča tudi vračilo stroškov za opravljene postopke OBMP z darovano spolno celico v tujini, do višine cene storitve v naši državi (Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014, 2015).

V 23. členu (ZZVZZ) piše, da je z obveznim zavarovanjem osebam zagotovljeno plačilo najmanj 80 odstotkov vrednosti, med katerimi je opredeljeno tudi plačilo za zdravljenje zmanjšane plodnosti in umetno oploditev. Ženske imajo pravico do oploditve do največ šestih ciklusov za prvi porod živorojenega otroka in za vsak nadaljnji porod do največ štirih ciklusov. V primeru, če je par neuspešen v vseh omenjenih postopkih, si mora vse nadaljnje postopke umetne oploditve plačati sam ali se lahko odloči za storitev v tujini. Menim, da je s to finančno omejitvijo država kršila pravico nekaterim parom o svobodnem odločanju o rojstvu otrok, saj si sami postopkov ne zmorejo plačati, četudi si otroka neizmerno želijo. Mogoče je v nekaterih primerih to dejstvo, da zaradi teh pogojev nikoli ne bodo mogli izkusiti lastnega starševstva.

1.2.4 Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB)

Ko je Slovenija leta 2000 sprejela Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju ZZNPOB), je ponudila zakonodajo in zdravstvene ukrepe, s katerimi se ženski in moškemu lahko pomaga pri spočetju otroka in se jima tako omogoča uresničevati svoboda odločanja o rojstvu svojih otrok (1. člen), obenem pa je omejila pravico, istospolnim parom in samskim ženskam.¹³

V zakonu so opredeljeni tudi opravičenci do postopkov OBMP. V Sloveniji imajo pravico do postopkov OBMP (oploditve z biomedicinsko pomočjo) samo zakonski in zunajzakonski pari, ki ga predstavljata polnoletna in razsodna moški in ženska, ki sta v takem psihosocialnem stanju, v skladu s katerim se pričakuje, da bosta sposobna opravljati starševske dolžnosti v korist otroka (5. člen).

V 15. členu je določeno, da se postopki OBMP opravljajo v okviru javne službe, v centrih za OBMP, ki imajo za to dejavnost posebno dovoljenje. Postopke opravlja skupina biomedicinskih strokovnjakov pod vodstvom zdravnika, ki je odgovoren, da se postopki izvajajo v skladu z zakonom. Za izvedbo vsakega prvega postopka OBMP je potrebno poprejšnje soglasje strokovnega posvetovalnega telesa centra in na podlagi pisne privolitve partnerjev/zakoncev. Zdravnik partnerja/zakonca pouči o postopku, morebitnih posledicah in nevarnosti postopka,

¹³ Istospolni partnerji so upravičeni do uporabe postopkov OBMP na Nizozemskem, Švedskem, v Belgiji, Izraelu, na Finskem, na Danskem, v Južni Afriki, na Novi Zelandiji, v Grčiji, Španiji, na Norveškem, na Portugalskem, v Urugvaju, Združenem kraljestvu Velike Britanije, na Islandiji, v Avstriji in v Braziliji, v Franciji, v Luksemburgu, v Mehiki, v ZDA in tudi na Irskem (Legge et al. 2007:19, HCCH 2014:13, Brigham et al. 2013:669, Sperling 2010:365, Wikipedija).

jima svetuje, ju obvesti o zbiranju in obdelovanju njenih osebnih podatkov in pojasni pravila o shranjevanju spolnih celic in zarodkov (22. člen).

Pri postopkih OBMP sta ženskam v Sloveniji na voljo uporaba partnerjevega semena ali darovalca. V 8. členu je opredeljeno darovanje spolnih celic, v katerem se praviloma uporabljajo spolne celice moškega in ženske, ki sta v medsebojni zakonski zvezi ali sta zunajzakonska partnerja. Za postopke se uporabljajo jajčne celice darovalke in semenske celice darovalca. V Sloveniji hkratna uporaba darovane jajčne celice in darovane semenske celice ni dovoljena, prav tako zakon ne dovoljuje darovanja zarodkov (8. člen) in ni dovoljeno dajati ali sprejemati plačilo za darovane spolne celice (9. člen).

V 12. členu je zapisano, da se vsak postopek OBMP z darovanimi spolnimi celicami lahko opravi na predlog zdravnika po pridobitvi soglasja strokovnega posvetovalnega telesa, ki ga sestavljajo zdravnik, embriolog, socialni delavec in pravnik. Preden se opravi postopek OBMP z darovanimi spolnimi celicami, se morata zakonca/partnerja udeležiti psihološko-socialnega svetovanja.

V 2. odstavku 24. člena piše, da se ju v svetovanju pouči o poteku postopka, pravnik pa ju seznani tudi s pravnimi posledicami rojstva otroka. Ko gre za postopke OBMP-znotrajtelesne/zunajtelesne oploditve pa zdravnik partnerja/zakonca po potrebi napoti na psihološko-socialno svetovanje o nameravani OBMP (22. člen).

Če povzamem, je v 12. in 24. členu ZZNPOB socialni delavec imenovan kot del strokovnega posvetovalnega telesa in psihološko-socialni pogovor je obvezno nuditi samo parom, ki se vključijo v postopek OBMP za darovano spolno celico. Kot veliko pomanjkljivost zakona na tej točki ocenjujem, da pogovor ni omogočen vsem uporabnikom, ki čutijo to potrebo ali bi si to želeli, sploh, ko se morajo soočiti z neuspešnimi postopki OBMP. Iz odgovorov zaposlenih socialnih delavk iz klinik za reprodukcijo razumem, da se svetovanja, ki jih nudijo parom razlikujejo že med samimi klinikami. Menim, da do razlik prihaja zaradi pomanjkljivosti zapisa v zakonu, saj ni natančno opredeljeno ali opisano, kaj naj bi omenjeno svetovanje obsegalo, kako naj bi potekalo in kaj bi uporabniki s tem pridobili.

41. člen ZZNPOD določa očetovstvo in materinstvo pri otrocih, spočetih z biomedicinsko pomočjo. Mati otroka je ženska, ki ga je rodila, ta materinstva ne more izpodbijati, če je za izvedbo postopka OBMP podpisala privolitev (22. člen ZZNPOD). V primeru, če je otrok spočet z jajčno celico darovalke, njenega materinstva ni dovoljeno ugotavljati. Ob pogoju

podpisane privolitve po 42. členu ZZNPOD velja za očeta materin mož ali njen zunajzakonski partner, očetovstva v tem primeru ni dovoljeno izpodbijati in v primeru oploditve s semensko celico darovalca očetovstva ni dovoljeno ugotavljati.

1.3 STARŠEVSTVO

V več virih se najdejo podatki, ki se ponavljajo, da se v zadnjih letih, v vseh evropskih državah soočajo s pojavom, da vedno več mladih odlaša s starševstvom in oblikovanjem družine ali v skrajnih primerih celo opuščajo željo po tem. Podaljševanje življenja mladih v izvorni družini, odlašanje z rojstvom otrok in prevzem odgovornosti zanje, vzbuja zanimanje družbe in tudi zaskrbljenost za prihodnost prebivalstva. Javnost, institucije, mediji, ideologije in politika pa se različno odzivajo na te pojave (Ule, Kuhar 2003:7).

Majda Černič Istenič (1998:158-159) opisuje, da je odločitev za starševstvo načrtovana in je odvisna od dejavnikov na mikro, mezo in makro ravni. Na primer, odvisna je od socialne zrelosti in individualne motiviranosti ter pripravljenosti prevzeti starševsko vlogo ali od pričakovanj in vrednot družbenih skupin, ki vplivajo na posameznika/co. Opisuje, da je velikokrat odločitev odvisna od dogodkov v širšem družbenem okolju, od socialnih, političnih, ekonomskih ali kulturnih procesov.

Repinc (2000:4) piše o moči okolja in omenja, da je zadovoljitev očetovske ali materinske vloge socialna potreba. Podaja razlago, da na odločitve v zvezi s starševstvom vplivajo družina, prijatelji, sosedje s svojimi vrednotami in stališči ter je odvisno od tega, kakšne možnosti nam ponuja družba za zadovoljevanje teh potreb.

Življenjski poteki in izbire posameznikov so različni in zato tudi starševstvo ni več življenjska samoumevnost, ampak postaja vedno večja individualna presoja posameznika, ki sprejema odločitve: kdaj bi imel otroke, zakaj, koliko in če jih bo sploh imel. V izbirah omejitve predstavljajo življenjske stiske in tesnobe in tudi socialni in družbeni pritiski. Avtorici Ule in Kuhar (2003: 8–25) pišeta o življenjski nuji in ne več izbiri mladih in ob tem navajata značilnosti mladih: podaljšujejo šolanje in življenje v izvorni družini, so ekonomsko odvisni in posledično odlagajo odločitev za starševstvo. Kot razloge navajata objektivne in subjektivne ovire, ki preprečujejo uresničevanje želja mladih za ustvarjanje lastne družine. Povzemata, da so se rojstvo, družina, zakonska zveza, poklic in politični položaj v prejšnjih generacijah oblikovali v skladu z družbenim slojem posameznika, danes pa se normativno povezani življenjski položaji in načrti vedno bolj razkrajajo. Življenjski poteki so osebne izbire posameznikov, ki so vedno bolj diferencirani, individualizirani. Sami se odločajo o možnostih in oblikah skupnega življenja, ki si ga želijo, s tem je povezano oblikovanje različnih in novih oblik družin, ki nastajajo in zahtevajo tudi nove organizacije gospodinjstva.

Družbene spremembe vodijo posameznike v prostovoljno ali neprostovoljno stanje brez otrok. Prostovoljno stanje je definirano kot posameznikovo odločitev, da nikoli ne bo imel potomcev, ki je vezano na življenjski stil, ne glede na biološko sposobnost reprodukcije. Slednje, neprostovoljno stanje pa se nanaša na neplodnost, bolezen, zmanjšano reprodukativno sposobnost ali nastane zaradi razpada partnerske zveze (Rajgelj 2008:46).

Danes lahko opazimo, da je vedno več posameznikov in parov, ki se odločajo za življenje brez otrok, brez družine, narašča tudi število mater in očetov, ki sami vzgajajo svoje otroke in več se število družin, ki imajo otroke, ki so bili spočeti z biomedicinsko pomočjo.

Alenka Švab (2001) na podlagi tujih raziskav Beck-Gernsheim ugotavlja, da se hrepenenje po otrocih večja, ker nove reprodukativne metode in tehnologije biološko starševstvo omogočajo tudi parom, ki imajo težave z zanositvijo. Vsi ti dogodki pa pomenijo, da bo vedno težje opredeliti pojem družine, saj spremembe in nove oblike družin nakazujejo na pluralizacijo družinskih oblik. Avtorica Švab (2001:95) družinsko pluralizacijo v postmodernosti opiše kot proces osvobajanja družinskega življenja izpod reprodukcijskega jarma in pojasni, da so potomci možnost izbire in ne več samoumevno družbeno predpisano dejstvo. Kot navaja Švab (ibid.: 140) piše o tem, da mladim upada zanimanje za otroke zaradi dostopnosti in uporabe kontracepcijskih metod in sredstev. Avtorica povzema rezultate raziskav, ki kažejo na to, da se večja tudi hrepenenje po otrocih, kar dokazuje s podatki, da narašča tudi število parov, ki si neuspešno prizadevajo spočeti otroka. Nove reprodukativne metode pa so tiste, ki omenjenim parom omogočajo, da postanejo biološki starši. Poudarja, da ima v postmoderni biologskost starševstva izjemen pomen in da je posvojitev tujega otroka za mnoge še vedno zadnja izbira (Fox 1993:214 v Švab 2011:141).

»Največji nasprotnik emancipiranega starševstva je feminizacija starševstva, ki temelji na predsodku o nekakšnih moških in ženskih osebnostnih kvalitetah. Takšna pojmovanja vodijo v izključno materinstvo in odrinjeno očetovstvo.« (Brajša 1987:107).

Darja Zaviršek opisuje starševstvo kot obliko sorodstvenega razmerja, ki je od nekdaj temeljilo na bioloških in socialnih povezavah, določeno z biološkimi in socialnimi vezmi, je bilo krvno in družbeno. Pojasni, da gre za razmerja, ki so bila vedno odvisna od političnih, religioznih in ekonomskih družbenih struktur. Ne strinja se z omembami, da je uvedba določenih sorodstvenih pravil vplivala na družbeno življenje, politiko in ekonomijo (Stone 2006 v Zaviršek 2009:3-4). V nadaljevanju je kritična, da v »pravnem smislu namreč priznavanje

starševstva temelji skorajda izključno na krvni povezanosti med starši in otroki in poročnih zvezah, sorodstvo pa drugačno kot krvno ne more biti.« Z njenimi pomisleki se strinjam, saj lahko v praksi in vsakdanjem življenju opazimo, da se biološko in socialno starševstvo stalno prepletata in da so reorganizirane družine vse pogostejše. Mednje lahko poleg posvojiteljskih in istospolnih družin umestimo tudi družine, v katerih je bila za reprodukcijo uporabljena medicinska reproduktivna tehnologija.

Ker je veliko različnih motivov, novih razmerij in razsežnosti starševstva in se poleg psihološke želje in emocionalnih potreb po otrocih pojavljajo tudi dileme in ovire, postaja starševstvo težko uresničljiv projekt.

1.3.1 Definicija družine

Ker obstaja več definicij o družini, te raznolike razlage vidim kot problem. Menim, da se še vedno porajajo nerešena vprašanja, kakšna je in katera je »prava« definicija družine, saj se pričakuje, da bo samo ena definicija, ki bo zajemala vse oblike družin, tudi tiste, ki na novo nastajajo.

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ 2015) piše, da je družina »skupnost enega ali obeh staršev z otrokom, otroki«, med primeri pa sta navedeni tudi »enostarševska« in »istospolna družina«, v podpomenu pa je družina navedena tudi kot »skupnost zakonskega ali zunajzakonskega partnerja in enega od staršev z otrokom, otroki«.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (2004, Ur. l. RS, št. 69/2004) v Sloveniji ureja področje starševstva, v katerem je zapisana definicija družine, ki le-to imenuje kot življenjsko »skupnost staršev in otrok, ki zaradi koristi otrok uživa posebno varstvo«. V 3. členu pa je nato opredeljena zakonska zveza kot »z zakonom urejena življenjska skupnost moža in žene«. V drugem odstavku omenjenega člena je zapisano, da je pomen zakonske zveze v snovanju družine. Potemtakem zakonca, sama, brez otrok, še nista družina, morata jo šele zasnovati, kar naj bi bil tudi njun cilj.

V Družinskem zakoniku, ki je bil leta 2012 zavržen na referendumu, je bila družina definirana kot »življenjska skupnost otroka z enim ali obema od staršev ali z drugo odraslo osebo, če ta skrbi za otroka in ima po tem zakoniku do otroka določene obveznosti in pravice.«

V Ustavi Republike Slovenije definicije družine ni.

Statistični urad RS družino opredeljuje kot »življenjsko skupnost najmanj dveh ljudi v okviru zasebnega gospodinjstva, ne glede na potomstvo in zakonsko zvezo, prebivati pa morata v istem stanovanju.«

Tudi cerkev (Katekizem Katoliške cerkve) po svoje definira družino. Četrta zapoved razlaga, da je narava družine v božjem načrtu: »Mož in žena, združena v zakonu, sestavljata skupaj s svojimi otroki družino. Bog je ustanovil človeško družino in jo obdaril z njeno temeljno zgradbo. Zakon in družina sta naravnana na blagor zakoncev ter na roditev in vzgojo otrok.«

»Diskurz, ki govori o popolnih in nepopolnih družinah, ki so ali niso primerno okolje za vzgojo in razvoj otrok, povsem spregleda različnost družinskih oblik in vse tiste družine, ki niso v skladu s predstavo, zgrajeno na predpostavki ene same ustrezne družinske oblike.« (Keržan 2008:111).

Menim, da bi bilo treba zaradi vse večjega števila družin istospolnih parov in tistih, ki so se oblikovale s pomočjo OBMP, razširiti definicijo o družini. Le tako bodo vključene vse nove oblike skupnosti, ki trenutno ne sodijo v okvir razumevanja družine. Družine bodo obstale, četudi se spreminjajo oblike družinskih skupnosti in razlika je v tem, kaj v definiciji se za nas zdi pomembno ter s čim se lahko poistovetimo. Socialno delo temelji na antidiskriminatorni praksi in na tem, da zagotavlja socialno pravičnost in ker so socialni delavci med drugim tudi izvrševalci socialnih politik, bi bilo treba, da izrazijo potrebe po nujnih spremembah, že v poimenovanju družine in pomenih v krvnih ali nekrvnih vezeh v starševstvu.

1.3.2 Materinstvo

Pomeni telesnih ali spolnih razlik med moškimi in ženskami se v posameznih kulturah, družbenih skupinah ali časih različno konstruirajo. Tudi feministične teorije so izhajale iz prepričanja, da morajo ženske same spregovoriti o svojem telesu, saj bodo le tako lahko začele spreminjati javna veljavna prepričanja in spodkopale temelje »družbeno kodiranih razlik, sistema vrednot in reprezentacij.« (Braidotti 1998:62 v Leskošek, 2002:7–28).

Brajša (1987:15) piše o tem, kako okolje vsiljuje svoj model materinstva in namiguje na to, da se zaradi tega pri osebah razvijajo dvojne morale, saj izražamo in govorimo tisto, kar se od nas pričakuje in ne tistega, kar v resnici doživljamo.

Pogosto v literaturi zasledimo medicinski govor o ženski in beremo navedbe, da medicinska vednost vpliva in ohranja družbene odnose, zaželene vloge in posreduje vzorce spolno specifičnega vedenja. Ženske so nekoč prikazovali skozi tradicionalne vrednote: »Ženske so zapisane le svojim telesom, in to tako dolgo, dokler jim telesa dobro služijo in dokler jih uporabljajo za zadovoljstvo svojih gospodarjev in jih podrejajo družbenim zahtevam.« Veljalo je dejstvo, da je materinstvo sveto, nadnaravno, najgloblje bistvo ženske, gospodinjstvo je bil naraven poklic, ki je zanjo najbolj primeren, vloga vzgojiteljice pa ji je pripadala zaradi ženskosti, njenih nadnaravnih sposobnosti. Vsa ideologija in ekonomija podreditve žensk je temeljila na tem (Leskošek 2002:29–234).

Prepričanja, katera je primerna starost ženske za materinstvo, so dolgo obvladovala reprodukcijsko vedenje žensk. Kot kažejo podatki, so še pred nekaj desetletji veljala splošna prepričanja, da je ženska v starosti 20 let, najbolj primerna za rojevanje otrok, trideseta so veljala za prepozna (Ule, Kuhar 2003:61).

Ženske so v modernosti zaradi svoje specifične reproduktivne funkcije predstavljale ključno vez med naravo in kulturo- med biološkim in družbenim. Moški je predstavljal družbeni pol, ženske naravo. Tako se je družbeno definirala spolna razlika, ki se je izražala tudi v različnem dojemanju materinstva in očetovstva (Roach 1991:46 v Švab 2001: 95–96). Ženska je bila zaradi svoje reproduktivne funkcije in materinske vloge subjekt med naravo in kulturo, saj je bila njena biološkost družbeno definirana, njena družbenost pa biološko determinirana. Materinstvo je bilo družbeno definirano in regulirano, njena identiteta pa je bila vezana izključno na heteroseksualno zvezo. Socialna zgodovina nam poroča o materinski vlogi, ki jo opisuje, da je izredno pozorna do skrbi, nege in vzgoje otrok ter da je čustveno navezana na otroke. V modernističnem pomenu avtorica opiše odločitve za materinstvo kot normativno, obvezno, družbeno pričakovano in časovno regulirano dejanje (Švab 2001:96–105).

Cerkev si je z versko literaturo prizadevala vzgajati ženske za ponižnost, požrtvovalnost, uslužnost možu in bogaboječnost, v svojih naukih je ženskam pripisovala srce, moškim pa razum. Ženske je prepričevala, da je njihovo največje poslanstvo skrb za dom in materinstvo. V drugi polovici 19. stoletja je tudi Pavlina Pajk napisala članek, v katerem je trdila, da je »edini pravi poklic ženske materinstvo in s tem podložnost, pokornost in zvestoba možu.« Celotna ideologija materinstva je bila močno podrejena katoliški veri in cerkvi, ki je temeljila predvsem na materinstvu kot dolžnosti in ne kot izbiri žensk. Drugačno usodo pa so pripisovali samskim

ženskam, in sicer, niso jih uvrščali v ženski svet, bile so konstruirane kot nespolna bitja (Leskošek, 2002:41–252).

Ann Oakley (2000:74–199) razlaga položaj žensk in piše, da so ženske po družbenem stereotipu domesticirane, zaradi družbenih vlog so omejene njihove vloge in na tem temelji tudi njihov položaj. Pove, da je status v družini že od nekdaj določal identiteto oseb, spolov in njihovo vlogo. Govori o mitu o delitvi dela po spolu in opiše, da je bila v družinski skupnosti ženskam odkazana domača vloga kot nekaj naravnega, neizogibnega in univerzalnega in da so v vseh družbah bile ženske gospodinje, ker jim je to dano po naravi in da morajo za preživetje družbe prevzeti to vlogo. Tudi antropološki mit je uveljavljal družbeni vzorec, da sta rojstvo in skrb za otroka težavni opravili in da so ženske iz teh razlogov omejene za delo in prevzemanje drugih vlog zunaj doma. Gre tudi za podvajanje mita o materinstvu, ko je veljalo prepričanje, da je materinska vloga ženske nenadomestljiva, zato je opravičeno, da se ženske kot gospodinje zatirajo. Veljale so trditve: »ženska mora biti mati, mati potrebuje otroka in otrok potrebuje mater«. Verjeli so, da mora biološka mati skrbeti za otroka, zaradi svojih čustev in otrokovih potreb. Avtorica pa pojasnjuje, da materinskega gona ni, ki bi ženske gnal k rojevanju ali jih silil k skrbi za otroke, ko jih že imajo (Oakley 2000:199–213). Piše, da je bilo značilno nenehno domesticiranje žensk v družini in tudi zunaj nje se kaže ambivalentnost njihovega položaja. Pojasni, da so vloge bile tradicionalne in so diskriminirale spol, na drugi strani pa so kasneje ženske veljale za osebe, ki so se zmožne osebno izpopolnjevati, se rodijo svobodne in so enake v dostojanstvu in pravicah. Opredelitev moškosti in ženskosti pa se med družbami razlikuje in se tudi zgodovinsko spreminja. Poudarja, da zgodovina ženske emancipacije še ni končana in da gre za postopno priznavanje pravic ženskam, ki so nekdaj pripadale samo moškim (Oakley 2000:95–99)

Leskošek (2002: 19) piše: » Otroci se učijo, da je ženska predvsem mati, to mnenje pa podpirajo zgodbe, pesmi, spisi, ki ustvarjajo podobo dobre matere. Ta je redko javna delavka, zaposlena in aktivna, pogosteje je zvesta in pridna ter popolnoma predana svoji družini, če je to le mogoče.« Avtorica opisuje, da je bil status neporočene matere dolga leta diskriminiran in povezan s sramoto, v tridesetih letih 20. stoletja pa že naletimo na razprave o prostovoljnem nezakonskem materinstvu, pisali so o pravici do splava, kasneje tudi o kontracepciji. Skozi zgodovino je moč cerkve segala globoko v strukturo družbe in imela velik vpliv, željo po emancipaciji žensk so razumeli kot zavračanje materinstva, saj so verjeli, da je to njihov naravni poklic. Nadzor nad žensko reprodukcijo je veljal za nadzor nad ženskami nasploh in spolno

razliko so obvladovala oblastna razmerja (Leskošek 2002:79–210). Če povzamem, vsako odstopanje v družbi je bilo stigmatizirano.

Blanka Tivadar (1996:68–69) v svojem delu navaja, da medicina dejavno sodeluje pri odrivanju žensk na rob družbenih dogajanj, saj z nenehnim poudarjanjem njihovih lastnosti le te postavlja v domestificiran položaj. Leta 1996 je podobo ženskega telesa v zahodni medicini opisala z besedami: »nestabilno in slabotno telo, ki se nenehno giblje na meji med slabim zdravjem in boleznijo, ki je usodno razpeto med hormonskim neredom v času menstruacijskega cikla in patološko nosečnostjo, med predmenstrualno razdražljivostjo in depresivnostjo v menopavzi, med vnetji rodil vseh vrst in ginekološkimi operacijami, med razmnoževalno zmožnostjo in jalovostjo«. Poudari, da ženske za medicino veljajo le toliko, kolikor uporabnih produktov proizvedejo. S temi poimenovanji je predstavila družbeni kontekst in pogled, v katerem je v preteklosti medicina spoznavala žensko telo in delovala. Piše tudi o tem, kako je od druge polovice 19. stoletja, medicina vedno bolj posegala v vsakdanja življenja ljudi, kar velja še danes. Medicina ne more pozdraviti vseh bolezni, lahko pa jih onemogoča, obvladuje, lajša in osebi pomaga razumeti, kako s svojim ravnanjem, vedenjem, delom, bivanjem škodi svojemu zdravju. Piše, da si medicina lasti vedno več področij vsakdanjega življenja žensk (Tivadar 1996: 68–98). Iz vere se je ista ideologija nadaljevala v medicini, ki je imela moč poseganja v človeško telo, kar pa je bilo še posebej usodno za ženske, ker je omejevalo njihovo svobodno voljo (Leskošek 2002:220). Iz literature lahko razberemo, da so do medikalizacije bile kritične tudi pripadnice feminističnega pristopa, ki jo prepoznavajo na ravni specifično ženskih telesnih procesov, razmnoževalnih sposobnosti in družbenih vlog.

Ženskam, ki so imele otroke in so skrb zanje prelagale na druge, če tudi na očeta, so veljale za neusmiljene, neljubeče, neženske in so zato tudi doživljale družbeno neodobravanje. Menim, da se pred takimi predsodki in obtožbami danes ženske ne rabijo več braniti in zagovarjati, saj so moški, partnerji, možje, očetje v veliki meri vključeni v skrbi in vzgoji otrok. Menim, da so se vloge matere in očeta, žene ali moža zelo približale med seboj, še vedno pa se vloga ženske kot gospodinje v veliki meri ohranja, kljub visokemu številu zaposlenih, finančno samostojnih, neodvisnih žensk.

Avtorici Ule in Kuhar (2003:50) povezujeta odločanje žensk za odložitev starševstva z možnostjo individualnega načrtovanja lastnega življenjskega poteka in samoodločanja, ki ga imajo ženske danes. Pišeta o tem, da je za sodobne ženske danes materinska vloga emotivna vloga, in da večini teh žensk delo, izobrazba in kariera predstavljata pomemben del identitete.

Povzemata tudi podatke raziskav in pišeta o tem, da danes posameznice prej preizkusijo odnose, preden se zavežejo k starševstvu, saj jim pomeni varovalni mehanizem pred neuspešnimi odnosi, ker se zavedajo velikega števila propadlih zakonov. Starševstvo opišeta kot skrbno pretehtano odločitev mladih.

Švab (2001) piše o spremembah in premikih žensk, da se jim je v postmodernih pogojih uspelo osvoboditi jarna reprodukcije t. i. ideologije obveznega materinstva. To ideologijo je nadomestila nova ideologija odloženega materinstva, ki temelji na iluziji svobodne izbire žensk za materinstvo (Švab 2001:96–105). Leskošek (2002:267–269) piše o preboju v razumevanju lastnega telesa in materinskih pravic, ki so ga ženske dosegle in takrat začele jemati materinstvo kot pravico in ne kot dolžnost. Prelomen je bil tudi trenutek, ko je v javni morali postala pomembna pravica otroka do očeta in sčasoma je pomemben postal tudi oče, ki so ga prej razumeli le kot vzdrževalca družine. Brajša (1987:25) je kritičen in poudarja, da je pomembno, da sta oba starša enakovredna, enako odgovorna in da se odpravi izkrivljen pojem materinstva, ki materi pripisuje funkcijo mučenice, ki se mora izničiti kot posameznica in osebnost, da bi podarila potomstvo. Meni, da je takšno pojmovanje materinstva nepravilno, ponižujoče in škodljivo.

Menim, da se ženske, ki razpolagajo z ustreznim znanjem, ne glede na to, v katerem času ali prostoru živijo zavedajo, da imajo vedno pravico odločati o tem, pod katerimi pogoji bodo rodile otroka, koliko otrok si želijo in da se lahko odločijo, ali bodo sploh postale matere. Ženske se vključijo v postopke OBMP iz različnih vzrokov: ali zaradi pričakovanj družbe, zaradi stigme neplodnosti, da morajo vse ženske biti matere ali zaradi želje po genetskem starševstvu.

Porajajo se mi vprašanja, ki ostajajo neraziskana: Zakaj človeka na splošno enačimo z njegovo sposobnostjo reprodukcije? Ali je res pomembno in edino možno, da je človek spoštovan kot oseba samo v primeru, če ima otroke? Ali s takšnim razmišljanjem še danes potrjujemo mit o materinstvu, kot ga navaja Oakley v svojem delu, ko razlaga, da vsaka ženska mora biti mati?! Nekaj svojih mnenj in stališč o trditvi, da »vsaka ženska mora biti mati«, so podale tudi moje intervjuvanke, njihovi odgovori pa bodo predstavljeni v nadaljevanju.

Če je Brajša (1987:62) še leta 1987 opisoval materinsko vlogo z besedami, da je rojevanje mater biološka osnova, biološka pravica in obveznost ženske in da bodo otroci »iz epruvete« ostali izjema, ker epruveta nikoli ne bo izločila maternice, se danes lahko vprašamo: Kakšna je

prihodnost materinstva, ko pa je v zadnjih desetletjih doživelo toliko sprememb? Kakšna je prihodnost očetovstva?

1.3.3 Očetovstvo

Moško identiteto so v 19. stoletju označevali in povezovali z neustrašljivo avtoriteto za vse družinske člane, njegova družinska vloga se je osredotočala na materialno preskrbo družine in na prezentacijo družine navzven. Družboslovje je spolno vlogo definiralo predvsem s konceptom vključenosti ter izključenosti moškega in ženske v družinskem življenju. Sprašujem se, zakaj je vedno le zaposlena mati predstavljala problem, o očetovi odgovornosti in vplivu njegove zaposlitve na otroke pa ni nihče raziskoval in o tem razpravljaj?

Očetova glavna življenjska vloga je bila delo, vloga do otrok pa je izhajala neposredno iz njegove poklicne vloge in odvisno od tega, koliko je bil oče pripravljen zanemariti svojo očetovsko vlogo. Ko je oče prevzemal dolžnosti skrbi za otroka, so ga imenovali »nadomestna mati« ali »materin pomočnik«. Avtorica je izpostavila tudi dva razloga, zakaj je veljalo splošno prepričanje, da oče ne zmore ustrezno skrbeti za otroka in pojasnila, da ne more nadomestiti matere in ne zmore poskrbeti za čustvene potrebe otrok (George, Wilding 1972:40–45 v Oakley 2000:82–83).

Ko je danes govor o starševstvu ali družini, je zagotovo med aktualnejšimi temami in se vse pogosteje razpravlja o »novem« očetovstvu. Kot piše Alenka Švab (2001:115) se ambivalenca odkrivanja novega očeta, ki naj bi bil v nasprotju z modernim očetom (materialnim preskrbovalcem družine) razteza do njegove vedno večje vpletenosti v družinsko življenje. Kritična je, da današnje analize novega očetovstva, očeta raziskujejo le v njegovi pojavnosti, predvsem v primerjanju s podobo modernega očeta in le redko natančneje problematizirajo družbene pomene očetovstva, v razmerju z materinstvom.

Postmodernost narekuje in promovira nov način, da se očetje aktivno vključujejo na vseh ravneh družinskega življenja. Spolna delitev dela se navidezno zabriše, na eni strani z zaposlovanjem in ekonomsko neodvisnostjo žensk in na drugi strani z aktivnim vključevanjem očetov pri negi, skrbi, varstvu in vzgoji otrok. V postmodernosti je novo očetovstvo definirano z večjo vpletenostjo očetov v razmerja z otroki, želijo si bolj skrbeti za otroke, pripravljeni so povečati svojo participacijo, še posebej takrat, ko so njihove partnerke zaposlene (Hochschild 1997 v Švab 2001: 125), vendar kot dodajajo očetje sami, njihove partnerke še vedno

prevzemajo poglavitni delež skrbi za otroke. Piše o tem, da gre za obrat od komplementarnega modela starševstva k participativnemu modelu (Švab 2001:118–127).

Brajša (1987:107) pripisuje lastnosti očetom prihodnosti, ki naj bi po njegovih kriterijih bili emancipirani, ki se zavedajo pomena očetovstva, da so odgovorni za otrokov celotni razvoj in ne le za njegovo spočetje ter materialno oskrbo. Opozori na to, da morajo biti tudi pripravljeni na vloge očetov samohranilcev.

Švab (2001:117) je kritična, da v kontekstu kvantitativnih diskurzov študije vpletenosti očetov v družinsko delo največ napora usmerjajo v dokazovanje relativno nizkega deleža moških, ki se vključujejo in sodelujejo v družinskem življenju. Tudi Brajša (1987:76) je desetletja nazaj pisal o tem, da se pretirano poudarja in razširja biološki pomen in nezamenljivost materinstva in da se ob tem vloga očeta povsem zapostavlja. Razlaga, da se očeta zapostavlja, zanemarja se njegova vloga, potiska se ga na obrobje dogajanja, ker se mu pripisuje posredna oziroma drugotna naloga. Piše o tem, da je pomembno, da že pri spočetju poudarjamo pomen enakovrednega deleža očeta in matere. Menim, da danes lahko opazimo, da se očetje v veliki meri vključujejo v celotnem procesu starševstva, spremljajo nosečnost, so vključeni v proces tudi pri porodu in kasneje tudi pri skrbi, negi, vzgoji in varstvu otrok. Moje mnenje je, da so očetje danes enakopravni partnerji v starševski vlogi za otroka. Verjamem, da smo dosegli ogromen premik in očetom omogočili vzporeden razvoj in sodelovanje v starševstvu in prav je tako, da imajo pravico do popolnega in ne do omejenega očetovstva. O očetovskih vlogah lahko beremo tudi v njihovih izpovednih zgodbah, v zbirki 24 zgodb, ko avtorja pišeta o tem, da: »Pripovedi očetov dokazujejo, da je skrb za otroke univerzalni element, ki ni vezan zgolj na materinstvo, temveč v enaki meri tudi na očetovstvo.« (Humer, Šori 2016:3).

1.3.4 Strukturne spremembe družinskega življenja

Avtorica Puhar (1982:103–108) v svojem delu oriše zgodovino otroštva v 19. stoletju na Slovenskem in opiše družino kot patriarhalno, očetopravno, očetovladno, v kateri je vrhovno avtoriteto predstavljal oče, ki je bil tudi gospodar zemlje in lastnik premoženja. Očetje so bili predstavljeni kot vladarji, ki so bili skrbni, strogi, trdoživi in gospodovalni. Opiše neenakopraven in podrejen položaj žensk, ki jim vse prejšnje stoletje, v skladu z vrsto zakonov, ni pripadal status odrasle osebe. Ženske so morale biti svojim možem pokorne in vdane, morale

so biti dobrotne matere, blage in tihe. Otroci so predstavljeni kot podložniki, hlapci, sužnji, ki so bili vzgojeni v duhu popolne pokorščine.

Družina nikdar ni obstajala v samo eni pojavni obliki, kar dokazujejo tudi razni zgodovinski prikazi spreminjanja dinamike družinske skupnosti. Le te se spreminjajo glede na družbeni produkcijski način ter verske, kulturne in ideološke spremembe (Keržan 2008:76).

V preteklosti sta bila zakon in starševstvo tesno povezana. Ule in Kuhar (2003:57) opisujeta nove dimenzije starševstva in navajata razlike v različnih zgodovinskih obdobjih. Pišeta o tem, da so v prvi fazi industrializacije ljudje imeli otroke zaradi ekonomskih razlogov, saj so jih izkoriščali kot delovno silo, še posebej sinovi so bili pomembni za dedovanje. Opisujeta tudi pojave, da so bili otroci v velikih družinah pogosto nezaželeni, izkoriščani. Kot prelomnico, ko se začenjata ekonomija in starševstvo ločevati, navajata drugo polovico 20. stoletja, ko se je začela industrializacija. Otrok je postal strošek za družino. Danes pa so motivi za starševstvo povsem drugačni, saj so v ospredju emocionalne potrebe staršev.

Avtorica Černič Istenič (1996: 130–145) je pred dvajsetimi leti zapisala, da se je Slovenija po letu 1980 pridružila državam, ki imajo neustrezen nivo rodnosti, to pomeni, da se prebivalstvo ni več zadovoljivo obnavljalo, kar bi omogočilo ohranjanje obstoječega razmerja med vsemi starostnimi skupinami. Avtorica povzema po druge avtorje in piše o tem, da je bila generacija žensk, ki so bile rojene 1930, zadnja generacija v Sloveniji, ki je s svojo rodnostjo še dosegla nivo enostavnega obnavljanja prebivalstva (Šircelj 1990 v Černič Istenič (1996: 130–145). V svojem delu omenja dejavnike in podaja trditve, da je do zmanjšanja rodnosti prišlo zaradi ekonomske krize. Raziskovala je ali so na proces rodnosti vplivali podobni dejavniki, kot so: spremenjen način življenja ljudi, spremenjen družbeni položaj žensk, uveljavljanje doktrine odgovornega starševstva ali množična uporaba kontracepcijskih sredstev? Podala je svojo analizo in opisala, da je bilo upadanje števila rojstev v Sloveniji povezano predvsem s spremenjenim pomenom družine, zaradi naraščanja števila zunajzakonskih zvez ter zaradi spremenjene vloge žensk, ki podaljšujejo izobraževanje in so pogostejše zaposlene. Podala je natančne podatke, da je bilo po letu 1979 upadanje rojstev tesno povezano z naraščanjem zunajzakonskih rojstev in z vse večjo participacijo žensk na trgu delovne sile. Zaznala je tudi trend odlaganja rojevanja v poznejših letih, višja starost matere ob rojstvu prvega otroka, ki se je v Sloveniji začel v drugi polovici osemdesetih let. Meni, da so spremembe v rodnosti bile pomembno povezane tudi s spremembami v zakonodaji. Svoje ugotovitve je strnila v zaključke, da so za zvišanje rodnosti potrebne kulturne in strukturne spremembe in poudarja, da je družba

še vedno nezadostno prilagojena na spremenjen položaj žensk, kar se še vedno kaže v (ne)delitvi gospodinjskega dela in obveznosti otrok.

Še pred nekaj desetletji bi prevzem starševske vloge lahko opisali z besedami, da se partnerjema z ljubeznijo v zakonu rodi otrok. Danes pa ni vedno več tako, tudi za tiste, ki so poročeni, želja po otrocih ni samoumevna iz različnih razlogov. Ali postavljajo v ospredje kariero, napredovanje, izobrazbo ali kaj drugega ali pa se jim želja do lastne družine ne uresniči zaradi zdravstvenih razlogov, tj. neplodnosti.

Brajša (1987:24) načrtovanje in ustvarjanje družine opiše z besedami, da je otrok rezultat svojevrstnega odnosa med staršema v njenem ožjem intimnem krogu, ne glede na to, ali sta poročena ali ne, starševstvo pa je sestavni del sistema njunih medsebojnih odnosov, komunikacije in prilagajanja. Poudari, da je ravno ta problem dvojice tisti, ki ga predstavljata 2 partnerja, starša, zaradi česar morajo očetje z materjo deliti odgovornosti pri odločitvah za starševstvo in tudi obveznosti ob posledicah, ki se ob tem pojavljajo.

Avtorici Ule in Kuhar (2003:49–64) v svojem delu primerjata predindustrijsko družino in moderno jedrno družino. Sprva opisujeta družino kot patriarhalno skupnost, ki je bila usmerjena na delo in ekonomijo. Moderni jedrni družini v zgodnji fazi modernizacije pripisujeta značilno neenakopravnost med spoloma, z izpostavljeno vlogo moškega hranitelja družine in zapostavljeno vlogo ženske, ki je bila gospodinja. Pišeta o tem, da je bila patriarhalnost značilna tudi za spolno življenje. Nekatere feministične avtorice so spolne neenakosti med ženskami in moškimi povezovali z izvorom iz kapitalističnih proizvodnih odnosov, druge pa so videle izvor v neenakostih v medosebnih odnosih v družini.

Povzemam avtorici Ule in Kuhar (ibid.:97), ki navajata vidne spremembe danes: viša se izobrazbena raven posameznikov, večja so karierna prizadevanja, spreminjajo se modeli partnerstev in medgeneracijskega sožitja, spreminjajo se spolne vloge in tudi odnos do otrok. Zaradi tega opazimo tudi spremenjene rodnostne vzorce: niža se rodnostna stopnja, narašča starost ob rojstvu prvega otroka, upada število rojstev drugega otroka. Načrtovanje formiranja družine pa od druge polovice 20. stoletja omogoča tudi kontracepcijska tableta. Švab (2001:112) piše, da se družbena norma spreminja in pojasni, da se z družbeno regulacijo deregulirajo moderne družbene norme, kot npr.: upadanje pomena zakonske zveze, večja socialna toleranca do otrok, ki so rojeni izven zakonske zveze, enostarševske družine ipd.

V strokovnih in poljudnih literaturah se mnenja avtorjev o tem, kako je pomembno, kdo je prisoten pri vzgoji otroka, mama ali oče, razlikujejo. Nekaj jih je mnenja, da je za zdrav razvoj otroka pomembno, da je v prvih letih otrokovega življenja mati nujno potrebna, medtem ko so drugi mnenja, da je pomembno, da sta prisotna oba ali katerakoli odrasla oseba, s katero lahko otrok zgradi intimen čustveni in socialni odnos. Pomembno je le, da je ta oseba sposobna razmejevati partnerske potrebe od materinskih funkcij in otrokovih potreb (Brajša 1987:62).

1.3.5 Družina in nove reprodukcijske tehnologije

»Družine, kjer je bila uporabljena medicinska reproduktivna tehnologija, so najmanj raziskane, zagotovo pa v skokovitem porastu.« (Zaviršek 2009: 9).

Keržan piše, da je bilo v antropologiji vprašanje novih reprodukcijskih tehnologij obravnavano s stališča dvoma o materinstvu kot edini resnični novosti in o ločevanju spočetja od rojstva in pojasni, da je bila pogosta praksa pri neplodnosti ravno prikrivanje pravega načina spočetja (Holy 1996 in Strathern 1992 v Keržan 2008:15). Verjeli so, da je bilo spočetje pri neplodnih posameznikih pripisano božji pomoči (Alexandre-Bidon in Lett 1997 v Keržan 2008:32). Z nastankom in uspehom reprodukcijskih tehnologij se spreminja tudi pogled na samo spolnost, starševstvo, rojstvo otrok, nastanke novih družinskih oblik, spreminjajo se družbene prakse, pričakovanja, pogledi in odpirajo se etična vprašanja, porajajo dvomi in pojavljajo se dileme. Menim, da se hkrati povečuje družbeni pritisk, da naj imajo mladi (biološke) otroke in hkrati se pozablja na vse večje število neplodnih parov. Skozi zgodovino so se redefinirali osnovni pojmi spočetja in rojstva. Švab (2001:111) navaja, da so reproduktivne tehnologije povzročile tudi ločitev seksualnosti od reprodukcije in pojasni, da je razvoj kontracepcijskih in hormonskih sredstev ženskam zagotovil nadzor nad telesom in biološko-reproduktivnimi procesi. Keržan je kritičen do socialne antropologije in meni, da je ta že do sedaj nejasno ločevala med biološkim in socialnim sorodstvom in dodaja, da se je vpletla še tretja oblika sorodstva, to je genetsko sorodstvo, ki bo razlago le še otežila. Problem vidi v tem, da v tovrstnem starševstvu pride do drobljenja vlog matere in očeta in ločevanja med biološkim in socialnim sorodstvom. To pomeni, da se za moškega starševstvo razdeli na socialno in biološko, za žensko pa se poleg socialnega, biološko razdeli na genetsko in krvno (Keržan 2008:14–18).

Cerkev je že v 80-ih letih prejšnjega stoletja izrazila nestrinjanje s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo, saj meni, da se mora združitev ženske in moške celice zgoditi v telesu ženske in ne zunaj telesa in svojega stališča do danes ni spremenila (Janežič, Zupančič & Vrtačnik-Bokal 2011). Danes postopki OBMP prispevajo k revoluciji v kontroli plodnosti in za mnoge pare predstavljajo edino ali zadnjo možnost, da bi imeli otroka. Ob tem se moramo zavedati, da vedno obstaja pravica do svobode razmnoževanja in obenem možnosti odklonitve reprodukcije. Torej vedno imamo možnost, da se svobodno odločimo za spočetje otroka.

Keržan (2008:10–14) opisuje povezave med medicino in genetiko ter sorodstvenimi razmerji, ki jih sprožajo nove reprodukcijske tehnologije. Poudarja, da je tudi po več kot tridesetih letih, od spočetja prvega otroka izven materinega telesa opaziti, da je razvoj medicinske pomoči in tehnologij mnogim parom omogočil spočetje, ki nekoč niso imeli te možnosti. Opisuje, da gre za tehnološki napredek humane reprodukcije, majhne korake, ki povečujejo uspešnost postopkov, hkrati pa pušča za sabo odprta vprašanja, npr.: o odvečnih zarodkih, sprejemljiva starost bodočih mater ipd.

Kot piše Darja Zaviršek (2009), so pari v preteklosti svoje težave z neplodnostjo in željo po otrocih rešili in uresničili s posvojitvijo, danes pa pogosto posežejo po pomoči, ki jim jo nudi medicina, s postopki OBMP. Nove reprodukcijske tehnologije radikalno posegajo na področje sorodstvenih povezanosti in so ravno zaradi »na novo nastalih« družinskih oblik eden od družbenih konceptov, ki so velikokrat v središču diskurza in razhajanj mnenj. Urh povzema mnenje Zavirškove, da nove reproduktivne metode reproducirajo stare neenakosti in pojasni, da te favorizirajo biološko reprodukcijo znotraj tradicionalne zakonske zveze in obenem ne odstopajo od konstruirane »naravne danosti« nadaljevanja vrste (Zaviršek 2006 v Urh 2009:120).

1.4 OSEBNI IN DRUŽBENI ODNOS DO REPRODUKTIVNIH TEHNOLOGIJ ALI SOCIALNA STIGMA

Avtorica Repinc (2000) razpravlja o pomenu plodnosti in navaja, da se je število rojenih otrok skozi zgodovino spreminjalo. Ne samo, da so na število otrok v družini vplivali različni družbeno-ekonomski dejavniki, velik pomen je imela tudi tradicija. Skozi zgodovino človeštva je plodnost pomenila vrednoto, nekaj iskanega, zaželenega, medtem ko je neplodnost veljala za nekaj nezaželenega. Plodnost je nekoč zagotavljala obstoj in kontinuiteto družbenih ekonomij in razmerij, saj so rojeni otroci pomenili garancijo za preskrbljenost v starosti za starše, ko ti niso mogli več skrbeti zase. V svetovnem merilu neplodnost ni bila nikoli deležna take pozornosti kot velika plodnost, ampak je bila obravnavana kot individualni problem, še večkrat pa se o njej niti ni govorilo, saj je pomenila vse od ogrožanja naravnega reda do odsotnosti milosti boga (Repinc, 2000).

Posamezniki in pari, ki se soočajo z neplodnostjo, so vpeti v vsakodnevno dogajanje v družbi in so zato tudi posledično pod pritiski in pričakovanji družbe, saj je od nekdaj bila plodnost cenjena vrednota, saj z reprodukcijo pripomoremo k ohranitvi družbe. Iz izkušenj povem, da kljub znanju, informiranju in zavedanju družbe, da se z neplodnostjo sooča veliko parov, se moraj(m)o posamezniki še vedno braniti pred pritiski in stigmatirajočimi sporočili posameznikov družbe, kar bom podrobneje prikazala v nadaljevanju, v empiričnem delu diplomskega dela.

Socialna stigma, s katero se soočajo pari, ki ne želijo, ali ne morejo imeti otrok, temelji na tem, da starševstvu, večina posameznikov v družbi, pripisuje velik pomen in vzrok za stigmo je lahko njihovo ponotranjenje preteklih socialnih norm, da morajo pari imeti otroke. O pojavu je pred desetletji pisal Miall (1986 v Forsythe 2009), ki v besedilu poudarja, da kulturne norme para ali posameznike brez otrok obravnavajo kot nekaj, kar je deviantno, in ko pari te obsodbe ponotranjijo, lahko to vpliva na njihovo identiteto, samopodobo ali celo na odnose z bližnjimi. Kot je to opisala Darja Zaviršek (2013: 379) v enem od svojih del: »Nezmožnost reprodukcije proizvaja torej nove bolnike, osebne konflikte in včasih stigmo.« Tudi temu področju sem namenila pozornost v diplomskem delu, v nadaljevanju bom predstavila odgovore svojih sogovornic.

Iz različnih literatur sem lahko razbrala, da se je diskurz o neplodnih ženskah skozi zgodovino spreminjal, a vselej je bilo vsako odstopanje na svoj način stigmatizirano, pogosto se jim je

pripisovala lastna krivda in odgovornost, ker niso bile zmožne spočeti otrok. Opažam, da se je manj pogosto razpravljalo in pisalo o moški neplodnosti. Farquahar (1996:85) opisuje poljudne in medicinske diskurze, da se je mladi, beli pripadnici srednjega sloja, ki je bila v heteroseksualnem razmerju, zaradi njene nezmožnosti reprodukcije, pripisovala frustracija njenega naravnega materinskega nagona, s katerim bi se izpolnila kot ženska. Če pa je starejša ženska odklanjala ali odlagala materinstvo, ni imela statusa žrtve, temveč je nosila breme krivca.

Ann Oakley piše, da v številnih ekonomsko razvitih državah življenje brez otrok še vedno velja za deviantno in je zato tudi stigmatizirano (Oakley 2000:169). Tako so pogosto stigmatizirani tudi posamezniki ali pari, ki nimajo ali ne morejo imeti otrok. Nezmožnost imeti potomce je pogosto obravnavana kot osebna tragedija in prekletstvo za par in vpliva na celotno družino in lokalno skupnost (Ombelet et al. 2008:605).

Zavirškova (2009:10) piše, da se z razcvetom in uspešnostjo postopkov s pomočjo medicinske reproduktivne tehnologije povečuje tudi število ljudi, ki so vključeni v tovrstno reprodukcijo in pojasni, da je ravno to izvor njene tabuizacije.

Ko se morajo ženske soočiti s ponavljajočimi neuspešnimi poskusi zanositve sčasoma pridobijo status »žensk brez otrok ne po svoji želji« in ta status oba partnerja odrešuje socialnih obsodb družbe. Če pa se par zavestno določi, da želita biti brez otrok, pa si od družbe ne zaslužita sočutja in podpore (Kerševan Smokvina 2007:26). Veliko parov ne doživlja stresa samo zaradi načinov in metod zdravljenja, ampak zaradi reakcij ali pritiskov posameznikov v družbi.

Pfeffer (1987:81–97) navaja, da stigma neplodnosti ni nepreklicna, a je za neplodne pare realnost in stiska, ki jo običajno morajo premagati sami. Piše o spremembah in razlikah diskurzov stigme neplodnosti v današnjem času. Navaja, da so diskurzi osredotočeni na etične vidike in da so argumenti zanje zelo različni. Nekatere struje popolnoma sprejemajo nove tehnike in jih ocenjujejo kot medicinski napredek in pridobitev v znanosti, spet druge pa kritizirajo in popolnoma zavračajo sodobne načine zdravljenja neplodnosti z obrazložitvijo, da gre za uničenje človeškosti človeka.

Tudi Suzana Štular (1999:19) navaja, da v sodobni družbi, kljub vsem spremembam in napredkom v medicini, za ženske brez otrok še vedno ni družbenega prostora. Tudi sama sem mnenja, da se še vedno v večji meri o težavah z zanositvijo odkrito govori le med tistimi, ki se

jih tako ali drugače neplodnost dotakne. Iz izkušenj lahko povem, da po navadi zaradi pričakovanj in negativnih odzivov socialnega okolja, posamezniki o svojih težavah in stiskah neradi govorijo ali se socialno izolirajo, ker se bojijo, da ne bodo razumljeni ali da jih bo družba stigmatizirala.

Greil (1993:202–203) razlaga, da danes neplodnost ni več obsojana, je pa s strani ljudi, ki so se že dokazali kot starši, deležna pomilovanja. Poudarja, da zaradi velikega pomena, ki ga družba pripisuje starševski vlogi in vzgoji otrok, lahko pomeni neplodnost simbol katastrofalnega življenjskega neuspeha. Pojasnjuje, da se pari pogosto umikajo v osamo iz razlogov, da bi se izognili situacijam, ko bi jih drugi posamezniki zaradi neplodnosti opominjali na njihovo odstopanje od normalnosti. Ker so neplodni pari prepričani, da jih razumejo le tisti, ki imajo ali doživljajo enako izkušnjo, pogosto prijateljujejo in iščejo podporo v takšnih skupinah oseb. Sama sem podporo najpogosteje našla pri partnerju, svoji družini, pogosto pa sem informacije delila ali pridobivala na spletu, v spletnih forumih, kjer sem sklepala nova poznanstva z ljudmi, ki imajo/so imeli izkušnje z zdravljenjem v postopku OBMP. Njihove izkušnje in predlogi so mi bili v tistem času v pomoč, ko sem potrebovala potrditve in spodbude, da bo vse v redu. Z nekaterimi ohranjam stike še danes. Menim, da so mediji v današnjem času zelo pomembni in lahko pripomorejo k temu, da se bo družba informirala o neplodnosti tudi preko zgodb posameznikov, ki imajo to izkušnjo.

Leta 2011 so na Zavodu Med.over.net skupaj z udeleženci foruma Neplodnost, mediji in nekaterimi društvi bolnikov, zasnovali akcijo s sporočilom: Bom kdaj mama/Bom kdaj oče? Pozvali so ljudi z izkušnjami, da so podali svoj pogled na neplodnost, kako doživljajo potek zdravljenja, da so pojasnili, kako se z njo soočajo in kaj pričakujejo, da bi strokovnjaki, zdravstveno osebje in ljudje v okolju naredili, da bi jim olajšali težave?

S kampanjo so želeli:

- spregovoriti o problematiki neplodnosti v Sloveniji,
- opozoriti na dejavnike tveganja za nastanek neplodnosti,
- spodbuditi neplodne pare, da se ne sramujejo neplodnosti in da o izkušnjah govorijo na glas,
- pozvati vse državljane k darovanju spolnih celic,
- osvestiti ljudi o pomenu ohranjanja plodnosti pri mlajših bolnikih z rakom (Zavod Med.Over.Net).

1.5 SOOČANJE Z NEPLODNOSTJO

Danes je veliko primerov, ko se partnerja »končno« odločita, da si bosta ustvarila družino in takrat spoznata in ugotovita, da bosta pri spočetju in zanositvi potrebovala pomoč medicine. Tudi pri meni je bilo tako, še posebej mi je bilo nerazumljivo, zakaj se pojavljajo težave, zakaj ne morem zanositi, ko pa sem do prve nosečnosti prišla brez težav? Vnovična zanositev se mi je zdela samoumevna. Ob spoznanju sem doživela pretres, šok, počutila sem se nemočno, prestrašeno. V tistem trenutku sem bila »prisiljena« stopiti na prag neznanega, tj., z vključitvijo v postopek OBMP. Kot je možno zaslediti v literaturi, sem tudi sama doživljala neplodnost z različnimi občutki, večinoma negativni: prepletali so se občutki jeze, prizadetosti, žalosti, krivde, bolečin, obupa in še kaj bi lahko naštel. Postopek je bil za naju s partnerjem zelo emocionalen, naporen, stresen, sama pa sem v času postopka trpela tudi fizične bolečine, ki so bile povezane z doziranjem hormonskih zdravil preko injekcij in s punkcijo. Zame osebno je bil psihično najbolj obremenjujoč čas po transferju, tistih 14 dni, ko sva s partnerjem čakala na izid, rezultat nosečniškega testa in se bala morebitnega neuspeha. Doživljanja svojih sogovornic bom predstavila v nadaljevanju.

»Spolnost, nosečnost, porod in starševstvo so tesno povezani z našimi čustvi, zato se ne smemo čuditi velikemu številu psihosomatskih težav na teh področjih.« Pišejo o tem, da neplodnost pri posameznikih pomeni stresno stanje, pri katerem se zaradi stalnih misli na otroka, ciklično izmenjujeta upanje in razočaranje (Bürger, Tul & Velikonja, 1995:7–8).

Tuji avtor West (2003:95) pri moških in ženskah navaja pomembne psihogene vzroke. Pravi, da se pri neplodnem paru pojavljajo pomisleki in različna čustva, kot npr.:

1. šok, ker par ni pripravljen na neplodnost,
2. strah, da nikoli ne bosta mogla spočeti otroka,
3. obžalovanje, da sta morda predolgo čakala,
4. občutek krivde, da je partner razočaran,
5. občutek manjvrednosti in občutek nemoči.

Kljub temu, da s partnerjem zaradi neplodnosti nisva doživljala pritiskov, zasramovanj ali obsojanj posameznikov v družbi, pa tudi nisva bila deležna tolažbe ali psihološke pomoči zdravnikov ginekologov, medicinskih sester, socialnih delavcev ali drugih strokovnjakov. S partnerjem sva si bila najboljša medsebojna podpora, v širši socialni mreži pa so nama bili v oporo bližnji prijatelji in sorodniki.

Moja izkušnja z zdravljenjem neplodnosti ima srečen konec, saj sem julija 2015 rodila dvojčka, a mnogi pari ne dosežejo zastavljenega in želenega cilja, tj. rojstvo otroka, kljub temu, da vse svoje sile in energijo usmerijo v zdravljenje.

Kuebler (1986:95) piše, da ima neuspeh v postopku na par močan vpliv in da lahko doživljata čustva, ki so podobna čustvom žalovanja pri izgubi ljubljene osebe. Globevnik Velikonja (2007:105) opiše, da neuspeh ali perinatalna smrt lahko sproži težko žalovanje, ki ga zaradi pomanjkanja socialne podpore in nerazumevanja pogosto prebolevajo v izolaciji.

Pari gredo skozi 5 faz:

1. zanikanje, ko se mora par sprijazniti, da ne bosta dobila otroka
2. napadnost, ko se par sooča z vprašanjem »zakaj ravno midva?«, so razdražljivi, slabe volje
3. pogajanje, ko sprejmejo realnost, resničnost in si izberejo nov cilj, iščejo rešitve
4. depresija doleti pare, ki se ne znajo sprijazniti z realnim stanjem in ne iščejo rešitev
5. sprejetje, ko se pari sprijaznijo s stanjem, diagnozo, se umirijo in iščejo nove rešitve.

1.6 SOCIALNO DELO V GINEKOLOGIJI

Za človeka so socialne in zdravstvene potrebe nedeljive, saj lahko različni dejavniki iz okolja ovirajo, ali pospešujejo različne bolezni ali zdravljenje.

Za lažje razumevanje vsebine v nadaljevanju bom najprej opredelila in definirala socialno delo na splošno in nato primerjala z vsebinami socialnega dela, ki se izvaja na medicinskem področju, v zdravstvenih ustanovah.

»Praksa socialnega dela zahteva znanja o človekovem razvoju in vedenju, o socialnih, gospodarskih in kulturnih institucijah in o interakcijah med vsemi navedenimi dejavniki« (Standardi in normativi socialnih služb, Nacionalno združenje socialnih delavcev ZDA v Milošević Arnold, Postrak 2003:16).

»Predmet socialnega dela je reševanje kompleksnih socialnih problemov. Ključni pojmi so: pomoč, reševanje problema, soustvarjanje novih rešitev v socialno delavskem delovnem odnosu, s katerim lahko mobiliziramo moč, ki jo ima družina ali posameznik. V temelju gre vedno za projekt sodelovanja, ki ga oblikujemo s sporazumevanjem, dogovarjanjem in skupnim ustvarjanjem rešitev, da bi udeleženci v problemu postali udeleženci pri rešitvi,« kot pravi Peter (Lüssi 1991 v Čačinovič Vogrinčič et al. 2005:8).

Ko sem prebirala literaturo, sem zasledila, da avtorji različno poimenujejo osebe, ki uporabijo zdravstvene storitve ali so vključeni v svetovalne razgovore s socialnimi delavci. Opaziti je razlike, ali o njih pišejo strokovnjaki s področja medicine ali strokovnjaki socialnega dela, saj jih prvi imenujejo pacienti in slednji uporabniki. Gre za razliko v poimenovanju istih oseb. Pacient/pacientka je bolnik/bolnica ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev, ne glede na svoje zdravstveno stanje (Zakon o pacientovih pravicah, ZPacP 2008). Uporabnik/uporabnica sta pojma, ki se najpogosteje uporabljata v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 7). Zakon o pacientovih pravicah (2008) pa navaja, da ima pacient pravice kot uporabnik oziroma uporabnica zdravstvenih storitev (Eržen et al. 2013:7).

Avtorice so v Strategiji socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (Eržen et al. 2013:6) opredelile socialno delo kot »stroko, ki se ukvarja z izboljšanjem socialne blaginje posameznikov, družin in skupnosti. Temeljna naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav, da ohranijo, povrnejo in razvijejo svoje potenciale za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje«.

Leta 2000 je Mednarodna federacija socialnih delavcev opredelila, da socialno delo »spodbuja spremembe, reševanje problemov v človeških odnosih, krepitev moči in osvobajanje ljudi, s čimer pripomore k njihovi blaginji. Avtorja povzemata, da je v socialnem delu pomembno tudi razumevanje in vključevanje posrednih in neposrednih virov, saj spodbujajo pozitivne spremembe pri posameznikih, družbenih skupinah in tudi širši družbeni skupnosti, te pa se odražajo v samem »vrednotenju človeka, v konkretnem izboljševanju njegovih življenjskih razmer, primerni vključenosti v družbo (Milošević Arnold, Poštrak 2003:17–29).

Vida Milošević Arnold (1989: 247) je zapisala, da se je v Sloveniji socialno delo začelo leta 1957 in začetke označila s pomembnimi prvimi diplomanti Višje šole za socialne delavce v Ljubljani. Avtorica navaja začetke socialnega dela v zdravstveni dejavnosti na začetku 20. stoletja, ko so spoznali, da dejavniki človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni ali zdravljenje (Milošević Arnold 1989: 247 v Eržen 2012:16). V letu 1960 je bilo na pobudo takratnega Republiškega sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo sklicano posvetovanje zdravstvenih in socialnih delavcev Slovenije, kjer so predlagali, da bi socialno delo postalo integralni del zdravstva. Zato je leta 1963 izšlo »Strokovno navodilo za organizacijo in delo socialnih služb v zdravstvenih zavodih«, ki je narekovalo, da se socialna služba uvede v bolnišnicah z več kot 200 posteljami, da tovrstna dejavnost dopolnjuje zdravnika pri socialnem delu zdravljenja, pri restituciji in readaptaciji ter vpliva na preprečevanje bolezni in socialno povzročenih motenj (Milošević Arnold 1989: 247 v Eržen et al. 2013:5).

Leta 2009 je Komisija za definiranje normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v svojem poročilu zapisala definicijo socialnega dela: »Temeljna naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav, da ohranijo, povrnejo in razvijejo svoje potenciale za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje. Z uporabo metod socialnega dela uporabnik, svojci in socialni delavci soustvarjajo rešitve za kompleksne probleme, v izvirnih delovnih projektih pomoči. Naloga socialnega dela v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja je zagotavljanje podpore uporabnikom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na življenjske razmere, pri njihovi vključitvi v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Prav tako socialni delavci pomagajo pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki omogočajo uporabniku vrnitev v domače bivalno okolje ali preselitev v zanj sprejemljivo okolje. Ob upoštevanju temeljnih vrednot in etičnih načel socialnega dela pomagajo ljudem uresničevati pravice do socialne varnosti in zagotavljati dostop do razpoložljivih virov in

različnih življenjskih priložnosti. Njihovo delovanje je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanje o lastnem življenju, pri čemer se poslužujejo kompleksne mreže storitev za uresničevanje socialnih pravic in potreb ter uporabnikovih lastnih virov. Pri tem si socialni delavci v zdravstvu prizadevajo za družbene spremembe, ki povečujejo socialno pravičnost in izboljšujejo položaj posameznikov, družin in skupnosti» (Eržen et al. 2013:6).

Vselej je pomembno, da tudi storitve socialnega dela v zdravstveni dejavnosti temeljijo na Kodeksu etike socialnih delavk in delavcev Slovenije, ki opozarja na tiste minimalne in splošno sprejete kriterije, ki jih je treba nujno upoštevati v situacijah, ki zahtevajo etično presojo (Eržen et al. 2013:29).

Glede na mesto socialnega delavca oz. delavke v določeni instituciji ločimo tri različna področja prakse:

1. Primarno področje: gre za področja, na katerih je socialno delo primarna disciplina, kjer se zahteva znanje socialnega dela in večina delovnih mest zahteva to izobrazbo. V večini primerov socialni delavci zasedajo vodilna mesta ali usmerjajo razvoj dejavnosti.
2. Sekundarno področje: v nekaterih institucijah posamezne discipline zagotavljajo podporne storitve primarnim disciplinam in institucije so organizirane tako, da primarni disciplini omogoča kar najbolj učinkovito delovanje. V tuji literaturi jo poimenujejo »gostiteljska«, saj se od primarne discipline pričakuje, da je glavni usmerjevalec razvoja na področju.
3. Partnersko področje: na nekaterih področjih je socialno delo enakopravni partner drugim disciplinam in v tem primeru se od socialnih delavcev in strokovnjakov pričakuje, da enakomerno prispevajo k razvoju področja (Milošević Arnold, Poštrak 2003:114).

Vloga socialnega delavca na področju zdravstva ilustrira socialno delo kot sekundarno disciplino, kjer se socialne storitve opravljajo na predlog zdravnikov, ki delajo z bolniki in dejavnosti so organizirane tako, da ne ovirajo dela medicinske stroke in časovnih razporedov (Morales, Sheafor 1986: 121 v Milošević Arnold, Poštrak 2003:114). Kot slabost socialnega dela kot sekundarne discipline avtorica Milošević Arnold (2001:90–92 v Eržen 2012:17) vidi v tem, da se mora »socialni delavec stalno potrjevati oziroma, mu druge stroke odvzemajo strokovno kredibilnost s tem, ko ga omejujejo v avtonomnosti, minimalizirajo njegov delež, določajo njegove cilje in posegajo v njegove okvirje delovanja«.

Flaker (2010:4 v Eržen 2012:15) opisuje, da je vloga socialnega delavca/delavke, znotraj katerekoli ustanove, med drugimi tudi bolnišnice, da prispeva ravno tisto, česar sama ustanova nima, saj jih zaposlujejo ravno zato, da vzpostavljajo stike z domačim okoljem in svojci, ki jim prevajajo diagnoze v razumljiv jezik ter poročajo svojim kolegom v timu, kaj mislijo in čutijo. Pojasni, da socialne delavke nudijo pomoč tudi tako, da zagotavljajo dostopnost do razpoložljivih virov, skladno z zdravstveno in socialno zakonodajo, evropskimi direktivami in temeljnimi človekovimi pravicami in obenem upoštevajo načela solidarnosti in pravičnosti. Poudari, da so socialni delavci tisti, ki naj bi težave »pacientov« razumeli in naj bi jih bili pripravljeni poslušati.

Eržen Irena našteje vloge, ki jih socialna delavka prevzema pri oblikovanju odnosa s pacientom/uporabnikom in njegovo družino: »vloga povezovalke, zagovornice, pobudnice, posrednice, učiteljice, svetovalke in koordinatorke«. Zdi se ji pomembno, da se pomoč socialnega delavca/delavke ne osredotoča samo na posameznikove psihične in somatske vidike, temveč tudi na odnose in okolje, v katerem posameznik funkcionira (Eržen 2012:19–23).

Darja Zaviršek navaja, da za socialne delavce in delavke, ki delajo v zdravstvu, obstaja nevarnost, da začnejo probleme ljudi gledati z medicinskega vidika in obenem, da postanejo zdravstveni delavci (Zaviršek et al. 2008:129).

»S socialnim delom v zdravstvu, utemeljenim na znanstvenih teorijah o človekovem vedenju in socialnih sistemih pripomoremo k varovanju že doseženih standardov na področju zdravja žensk in že doseženih reproduktivnih pravic na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva.« (Dominelli 2009 v Ličer 2012:63).

»Cilj socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je s pacientom in/ali njegovim bližnjim v izvirnem delovnem projektu soustvariti dober in uresničljiv izid za uporabnika.« (Eržen et al. 2009:10).

Kot pomanjkljivost mnogi avtorji navajajo, med drugimi tudi Irena Eržen (2012: 18), da na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti ni določenih standardov in normativov in tudi ni zbranih podatkov o storitvah socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti, v zadnjem času pa spet potekajo prizadevanja na tem področju. To sem ugotovila tudi sama, ko sem iskala informacije o vlogi in nalogah socialnih delavcev, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah. Še največ informacij sem pridobila od socialnih delavk, ki imata delovne izkušnje na področju zdravstva, a sem spoznala, da tudi sami težko opredelita in določita okvir svojega dela in

sodelovanja z drugimi strokovnjaki in institucijami. Kot rešitev strokovnjakinje predlagajo: »Za uresničevanje poslanstva socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je izredno pomembno, da socialno delo postane integralni del zdravstvene zakonodaje. Z vključenostjo socialnega dela v zdravstveno zakonodajo bomo lahko dosegli cilj, s katerim bo socialnim delavcem v zdravstveni dejavnosti zagotovljena največja stopnja varnosti in avtonomnosti, uporabnikom njihovih storitev pa največja možna dostopnost in kakovost storitev. Na ta način bodo socialni delavci transparentno prispevali k celostni zdravstveni obravnavi posameznih skupin pacientov, k zadovoljstvu uporabnikov in k stroškovno ugodnejšemu rezultatu zdravstvene obravnave.« (Eržen et al. 2013:41–42).

Na pobudo Republiškega strokovnega kolegija za socialno delo v zdravstveni dejavnosti je bila s strani Ministrstva za zdravje imenovana 8-članska Komisija za definiranje normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti. Članice so izdelale Poročilo raziskave o socialnem delu v zdravstveni dejavnosti (2008:12) in navedle podatke, v katerih zdravstvenih zavodih po Sloveniji so zaposlene socialne delavke.

1.6.1 Psihološka pomoč in svetovanje neplodnemu paru

Spoznanje in soočenje posameznice, posameznikov ali parov, da se jim želja po otrocih morda ne bo izpolnila, lahko povzroči globoko krizo, a pomoč pri soočanju s težavami nudi le malo klinik. Iz izkušenj uporabnic povem, da se v primeru neuspešnega zdravljenja ali posameznega postopka le malo zdravnikov, medicinskih sester ali drugih strokovnjakov s parom pogovori ali jih usmeri, kam in na koga bi se po pomoč lahko obrnili. Kot omenja avtorica Urh (2009:119) »udeleženi v postopku OBMP pričakujejo več sočutnosti, empatije in občutljivosti«.

Menim, da se zmanjšana plodnost ali neplodnost para ali posameznika(ce) še vedno prepogosto obravnava kot zdravstveni problem, samo s stališča medicine. Kot opisuje Doyal (1987:183) se v zdravljenju neplodnosti kaže splošna značilnost zahodnega medicinskega modela, saj se zdravstvo osredotoča na telo, zanemarja pa duševnost. Res je, da neplodni pari niso življenjsko ogroženi, toda spoznanje, da morda ne bodo mogli imeti otrok, običajno povzroči spremembe v samopercepciji posameznikov, ki so zaradi informacije prizadeti. Ta trditev še posebej velja za ženske, ki so odrasle s pričakovanjem, da bo materinstvo najbolj izpopolnjujoči vidik njihovega življenja, zato spoznanje, da morda ne bodo nikoli mame, lahko povzroči globoko krizo. Kot problem navaja, da prav pomoč pri soočanju z omenjeno situacijo nudi le malo klinik,

uspeh zdravljenja pa se običajno meri le v fizičnem dosegu stanja nosečnosti. Če je zdravljenje ali zanositev neuspešna, le redki zdravniki o tem govorijo s svojimi pacienti, saj jemljejo rezultat kot lasten neuspeh.

Tudi avtorji Boivin in drugi menijo, da se medicinske ustanove ne bi smele odzivati le na zdravstvene potrebe, ampak tudi čustvene. Poudarjajo, da je skozi vse postopke zdravljenja neplodnosti ključno konstantno psihosocialno svetovanje. Predlagajo, da bi bilo v takšnih primerih posameznikom na voljo psihološko-socialno svetovanje, ki bi jim v težkih trenutkih zagotovilo čustveno oporo, pomagalo razumeti posledice zdravljenja neplodnosti in pomoč, kako se spoprijeti s težavami (Boivin et al 2001:1304).

Kot sem že omenila, je v Zakonu ZZNPOB (2000, 2. odstavek, 12. člen) določeno, da se morata zakonca ali zunajzakonska partnerja udeležiti psihološko-socialnega svetovanja, preden se opravi OBMP s spolnimi celicami darovalke ali darovalca. V tem primeru strokovno posvetovalno telo sestavljajo zdravnik, strokovnjak s področja embriologije, socialni delavec in pravnik. Socialnega delavca ali delavke v kliniki v postopku skoraj, ali pa sploh ni mogoče zaznati ali z njim sodelovati. To razumem kot problem, saj stroka na eni strani ponuja možnosti rešitve enega problema, na drugi strani pa ne rešujejo obremenitev in stisk, ki jih v času zdravljenja pari ali posamezniki doživljajo. Greil (1993) piše, da zdravniki sicer pri pacientih (medicinski izraz za uporabnike) občasno zaznavajo in prepoznajo občutke osamljenosti ali poraza, a jim kljub temu le redko namenjajo ustrezno pozornost.

Globevnik Velikonja (2007:102–107) piše o tem, da je v svetu, ravno zaradi teh razlogov, svetovalna služba sestavni del profesionalnega dela v obravnavi neplodnih parov in zajema obravnavo mentalnega zdravja. Pojasni, da je namen psihološkega svetovanja par poučiti in pripraviti na postopek zdravljenja in na prepoznavanje kakršnegakoli psihosocialnega problema. Razlaga tudi, da je pomembno, da svetovalec razume posameznikovo prilagoditev na neplodnost, pri tem upošteva razlike v doživljanju med spoloma in obenem zna oceniti funkcioniranje partnerstva, saj lahko dolžina ali neuspehi postopki vplivajo tudi na to. Pojasni, da je pri pomoči parom ob sprejemanju morebitnega končnega neuspeha zdravljenja potrebno znati uravnotežiti obravnavo občutkov izgube in ju usmeriti v iskanje rešitev za prihodnost. Piše o tem, da je cilj svetovanja tudi omogočiti žalovanje in ohraniti notranje ravnotežje s priznavanjem izgube in spodbujanjem izražanja čustev. Poudari, da je zelo pomembno, da par, v primeru neuspešnega zdravljenja, najprej predela stvari, ki so vezane na neplodnost, si vzame čas za žalovanje, sprejme razlike med biološkim in socialnim starševstvom in se šele nato odloči

za posvojitev. Da se to osvoji, je potreben dolgotrajen proces svetovanja. Navaja, da pozabljamo, da je svetovanje lahko pomembno tudi takrat, ko se postopki oploditve uspešno zaključijo. Pojasni, da nekaterim parom lahko nosečnost in starševstvo predstavljata psihološke ovire zaradi izkušnje neplodnosti, zaradi psihične in fizične izčrpanosti ali stigme, ki jo lahko doživljajo zaradi načina doseganja starševstva idr.

S partnerjem sva sodelovala s strokovnjaki na konziliju (ginekologinja, pravnica in socialna delavka), še preden sva se vključila v postopek OBMP, natančneje IVF postopek. Moja izkušnja s sodelovanjem s socialno delavko na UKC Ljubljana je bila, da naju je s partnerjem opozorila na to, v kolikor bova v vseh postopkih neuspešna, ki nama po zakonu pripadajo, obstaja za naju tudi možnost, da otroka posvojiva. To so bile za naju informacije, ki jih v tistem trenutku nisva želela slišati, saj sva imela zelo močno željo po »lastnem, skupnem, najinem« otroku. Razumem, da je njena dolžnost uporabnike informirati o pravicah, ki jih imajo, a preden sva se vključila v postopek, bi od strokovnjakov pričakovala, da bodo na pare delovali bolj motivirajoče, optimistično, spodbujajoče. »Socialno delo je izrazito praktična dejavnost, v kateri so osebne kvalitete delavca skoraj tako pomembne kot njegovo znanje, tj., kako se vede, komunicira in prav tako je pomembno, kaj naredi ...« (Jordan 1990:1 v Milošević Arnold, Poštrak 2003:17).

Tudi Darja Zaviršek (2012:39) navaja, da izsledki raziskav kažejo na to, da ljudje psihosocialno svetovanje potrebujejo in da si želijo strokovne podpore med izbiranjem za reprodukcijo in tudi takrat, ko so že v procesu reprodukcije z biomedicinsko pomočjo. Meni osebno je komunikacija zelo pomembna, pa naj bo to v zasebnem življenju ali v okviru zdravljenja. Verjamem, če dobro komuniciramo, lahko imamo dobre odnose in enako mislim, da bi dobra komunikacija z osebjem pripomogla k boljšemu sodelovanju in boljšemu počutju nas vseh, še posebej v trenutkih, ko smo kot uporabniki (bili) v dvomih, bi želeli dodatna pojasnila ali spodbudno besedo za naprej.

Avtorica Urh (2009:119-120) je v svoji raziskavi, z naslovom Socialno psihološke podpore zdravstvenega osebja v postopkih umetne oploditve, že takrat ugotovila, da ženske čutijo in opozarjajo na pomanjkljivo strokovno podporo medicinskega osebja in so bile nad delom v večini razočarane, saj so pričakovale več sočutja in informacij o samem postopku. Poudarila je, da je za kvalitetnejšo obravnavo potreba po večji občutljivosti strokovnjakov in osebja na klinikah. Žalosti me dejstvo, da se po sedmih letih stanje očitno, ni kaj dosti spremenilo.

Kot navaja Gabi Čačinovič Vogrinčič (et al. 2011:33–34) je vir moči za okrevanje v dialogu in sodelovanju, v pogovoru, ki omogoča udeležенost in soustvarjanje. Pojasni, da smo ljudje naravnani k celjenju in da ljudje s težavami potrebujejo čas za dialog oziroma pogovor. Opiše tudi koncept socialne krepitve in nas obenem opozarja na to, da »naši uporabniki praviloma nimajo dovolj socialne moči, da bi jih videli ali slišali. To socialne delavce zavezuje, da ustvarjajo prostor za njihov glas in da ne spregledamo, ko so naši uporabniki ranljivi«.

Mojca Urek (et. al 2011:11) poudarja, da so pripovedne prakse lahko priložnost za krepitev moči in soustvarjanje nove zgodbe. Flaker (2001: 85) pojasni, da z odkrivanjem skrivnosti intimnega območja lahko skupaj z uporabniki dosežemo preoblikovanje in spremembo situacije in posameznika v njej. Mojca Urek (2005:114) pa poudarja uporabo jezika v socialnem delu in pojasni, da je pomembno, da »uporabljamo jezik in izraze, ki so blizu sogovorniku in jih pazljivo prevajamo v strokovni jezik, da ne bi kolonizirali pomenov človekove zgodbe«.

Darja Zaviršek poudarja, da je za kakovostno izvajanje psihosocialnega svetovanja pomembno, da socialne delavke poznajo osnove socialnega dela in imajo specifična znanja na področju reproduktivne medicine, ter da pred samim začetkom dela premislijo o svojem odnosu do številnih etičnih dilem, ki jih sprožajo vprašanja na področju človeške reprodukcije s pomočjo novih tehnologij (Zaviršek 2012: 39).

1.6.2 Vloga socialnega delavca/delavke v postopku zdravljenja neplodnosti

Na spletni strani UKC Ljubljana sem našla opis, s katerim pojasnjujejo, s čim se ukvarja socialna svetovalna služba na Ginekološki kliniki. Razlagajo, da socialni delavci/delavke »pomagajo pacientom pri reševanju socialnih težav, da pacientom in njihovim bližnjim zagotavljajo strokovno pomoč in podporo pri prepoznavanju stisk in težav za odgovorno soočanje z različnimi življenjskimi situacijami. Osnovna naloga socialnih delavcev je, da pacientom in njihovim bližnjim pomagajo zagotoviti informacije ali pomoč, ki jo v dani zdravstveni situaciji potrebujejo«.

Njihove socialne delavke nudijo:

1. pomoč ženskam zaradi reševanja socialnih težav med potekom zdravljenja do zaključka hospitalizacije in pri povezovanju z zunanjimi službami po odpustu pacientke,
2. svetovalne razgovore pri odločanju za umetno oploditev ali sterilizacijo,
3. socialno svetovanje pri postopku oploditve OBMP na Kliničnem oddelku za reprodukcijo ter pri Komisiji za strokovna etična vprašanja na Ginekološki kliniki,
4. sodelujejo na Komisiji I. in II. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti,
5. pomagajo z informiranjem pacientk/ov in spremljajo izvajanje smernic Nacionalnega programa RS v socialnem varstvu ter uresničevanja reproduktivnih pravic, ki izhajajo iz mednarodno priznanih akcijskih programov.

Vključujejo se v obravnavo pacientov na različnih področjih:

1. ugotavljanje socialnih okoliščin pacientov,
2. svetovalno delo s pacienti (ocena potreb in načrtovanje rešitev, individualno delo, zagotavljanje čustvene opore, krepitev moči),
3. pomoč pri postopkih uveljavljanja pravic,
4. svetovalno delo s svojci,
5. koordiniranje sodelovanja z zunanjimi institucijami,
6. sodelovanje pri celostni obravnavi pacienta z multidisciplinarnim pristopom.

Pri delu uporabljajo metode in koncepte socialnega dela: informiranje, svetovanje, spremljanje, individualna/skupinska obravnava, zastopanje, vodenje, intervencija, preskrba/oskrba (UKC Ljubljana, Svetovalno socialna služba).

Več avtoric, strokovnjakinj z različnih področij, so v Predlogu strokovnih standardov socialnega dela v zdravstveni dejavnosti opisale naloge socialnega delavca v zdravstveni dejavnosti in pojasnile, da so usmerjeni na delo s posameznikom in njihove družine oziroma bližnje osebe. Kot pomembno delo navajajo tudi, da sodelujejo s strokovnimi timi in z zunanjimi institucijami pri: zagotavljanju psihosocialne pomoči in podpore, informiranju o pravicah, postopkih in izvajalcih virov pomoči in storitev, sodelovanju in koordiniranju s posameznimi izvajalci storitev, pri načrtovanju in koordiniranju odpustov pacientov iz bolnišnice (Eržen et al 2009:10).

Od vodje socialne službe Ginekološke klinike UKC Ljubljana¹⁴ sem pridobila podatke, da so v letu 2014 imeli 58 socialnih obravnav s pacientkami na oddelkih klinike, kjer so se večinoma ukvarjali s socialnimi težavami pacientk po porodu. Sodelovali so na 22 obravnavah OBMP z darovano celico, imeli so 12 sestankov za državno komisijo in 75 razgovorov z obema partnerjema na IVF konziliju (od januarja do decembra 2014). V IVF postopku naj bi v preteklem letu sodelovalo in se zdravilo 550 parov (Poročilo delovnega procesa socialne službe za leto 2015). Zlata Ličer je tudi v enem od svojih objavljenih strokovnih člankov opisala profil svetovalnega delavca in pojasnila, kaj se od njih pričakuje. »Socialno svetovalno delo temelji na varovanju in spremljanju uresničevanja reproduktivnih pravic žensk, na osebni pomoči, čustvenem odnosu in vpletenosti v življenjsko stisko nosečnice, na upoštevanju njenih osebnih možnosti in zmogljivostih, aktivnem zavzemanju iskanja možnih izbir in sprejemljivih rešitev za dober razplet trenutne situacije.« (Ličer 2005: 379).

Na spletu opisa dela socialne svetovalne službe v UKC Maribor nisem našla, je pa na moja vprašanja odgovorila tam zaposlena socialna delavka¹⁵. Svoje področje dela je opisala z besedami, da je kot socialna delavka vključena v postopke socialne obravnave pacientov, na podlagi interne napotnice, ki jo sprožijo zdravnik, svojci, zunanje institucije, ipd. Pojasnila je, da ureja namestitve v institucionalno varstvo, rehabilitacijo, ureja postopke umrlih pacientov, vodi razgovore, vključena je v postopke posvojitve, v razne strokovne time na oddelkih, OBMP. Pove, da je v postopkih OBMP vključena tako, da vodi socialno delavski razgovor (voden intervju) z namenom, da od para pridobi osnovne informacije glede zakonskega stanu, premoženja, prebivališča, zaposlitve, ipd. Omeni, da se ji zdi to nesmiselno, saj bi omenjene podatke lahko posameznika že podala na razgovoru, ki ga imata pri psihologinji. Omeni, da na njihovi kliniki sama ne sodeluje pri psihosocialnem svetovanju neplodnemu paru in pojasni, da pri njih omenjeno storitev nudi psihologinja.

Obe socialni delavki, s praktičnimi izkušnjami s področja medicine, sta bili složni v poimenovanju metod in tehnik, ki jih pri svojem delu uporabljata. Našteli sta: svetovanje, sodelovanje s svojci, zagotavljanje pomoči pri uveljavljanju pravic, krepitev moči uporabnika, povezovanje in sodelovanje z drugimi institucijami, analiza tveganja, svetovalni pogovori, delo z družino, pisanje socialnih poročil itn. Klinika v Postojni svoje svetovalne službe nima.

¹⁴ Mag. Zlata Ličer, Univ.dipl.soc.del., Svetovalno socialna služba Ginekološke klinike Ljubljana, telefonski intervju in Poročilo delovnega procesa socialne službe za leto 2015.

¹⁵ Andreja Ivanušič, univ.dipl.soc.del., Socialna služba UKC Maribor, odgovori na vprašalnik za socialne delavce/socialne delavke.

1.7 ETIČNA VPRAŠANJA IN DILEME

Obravnava področja etičnih vprašanj pri zdravljenju neplodnosti je tema, ki bi lahko predstavljala novo diplomsko delo. Menim, da je bilo zaradi dosežkov medicinske in biološke znanosti že potrebnih veliko prilagoditev, tako v stroki kot v javnem diskurzu, a še vedno je mnogo etičnih, pravnih, teoloških, socioloških, ekonomskih in družbeno pomembnih vprašanj, ki ostajajo odprta, so nerešena, sporna, ki povzročajo nesoglasja, konflikte, nejasnosti ipd. Sama bom preko odgovorov intervjuvank v nadaljevanju predstavila tista, ki se jim zdijo pomembna.

Opaziti je, da je laična in tudi strokovna javnost deljena, nekateri zavračajo postopke OBMP z argumenti, da se posega v delo narave in da kar ni naravno, ni zaželeno, spet drugi menijo, da so postopki sprejemljivi, saj se paru tako lahko pomaga pri uresničevanju želja pri snovanju lastne družine. Pojavlja pa se nemalo vprašanj o nadomestnem materinstvu, darovanju spolnih celic, o zaupnosti podatkov, zlorabah postopkov, o otrokovih pravicah in še mnogo drugih.

Menim, da se razhajanja že pokažejo na začetku zakona ZZNPOB (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, 2000), ko v 5. in 6. členu opredeljuje upravičence do postopkov OBMP. Razumem, da so homoseksualni pari in samske ženske brez partnerjev v tem primeru diskriminirane, saj jim zakon omejuje to pravico. Po eni strani zakon in reprodukcijske tehnologije dajejo ženskam možnosti za starševstvo, po drugi strani pa jih zatirajo. Menim, da ni odveč poudariti, ker gre za vprašanje neplodnosti, mar ne bi smeli biti opravičeni vsi, ki so »neplodni«, ne glede na spolno usmerjenost, izbiro načina življenja in starost? Selekcija po spolu in starosti je nedopustna.

Ana Marija Sobočan (2009:71) se sprašuje: «Kaj pomeni izključenost iz pravnih ureditev za omenjene osebe v vsakdanjem življenju?» Pojasnjuje, da je istospolno usmerjenim osebam onemogočena pravica do biomedicinske pomoči na področju reprodukcije in dodaja, da je neurejeno tudi področje nadomestnega materinstva. Poudarja, da je vsem odvzeta pravica, da bi si ustvarili družino.

Špela Urh (2009:112) razlaga, da bi sprejetje pozitivne pravice do umetne oploditve (za samske ženske, istospolne partnerje in nadomestno materinstvo) tudi »vplivalo na porast uporabe postopkov oplojevanja z biomedicinsko pomočjo, kar bi posledično spodbudilo tudi porast mreže reproduktivnih storitev oz. služb in navsezadnje povzročilo pritisk na vlado države, da bi finančno podprla te storitve.«

Zakon ZZNPOB v 8. členu omogoča darovanje spolnih celic za oba spola enako, vendar prejemnike in darovalce obenem omejuje, saj se uporabljajo spolne celice za partnerja, ki sta v medsebojni zakonski zvezi ali sta zunajzakonska partnerja. Zakonodajalec s takim stališčem meni, da mora biti vsaj en od staršev genetski roditelj. V 13. členu je zapisano, da je darovanje človeških zarodkov in uporaba mešanice semenskih celic 2 ali več moških semenskih celic ali ženskih jajčnih celic, prepovedano (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo 2000).

Odpirajo se vprašanja in dileme ob tem, kaj bi bilo, če bi bilo darovanje spolnih celic plačljivo? Ker je postopek za darovanje ženske jajčne celice zahteven, se za tovrstno obliko pomoči odloča malo žensk in posledično zaradi dolgih čakalnih dob strokovnjaki napotijo pare na zdravljenje v tujino. Razmišljam o etičnem vprašanju: če bi se darovalkam ponudilo simbolično plačilo ali bi bile čakalne dobe krajše ali bi se zaradi tega spremenil tudi sam namen darovanja in bi se pojavilo izkoriščanje? Glede na finančno stanje prebivalcev v Sloveniji sem v dilemi, kaj bi se v resnici zgodilo in kakšen bi bil odziv? Glede na potrebe bi morda lahko razmislili o uvozu spolnih celic iz tujih semenskih bank, a se bojim, da bi se pojavila ugibanja in dileme v družbi, da bi bilo več otrok drugih ras, ki bi jih posamezniki diskriminirali. Kot sem že omenila, so po mojem mnenju tudi starostne omejitve tiste, ki me vodijo k vprašanju, kdaj in kako lahko sodimo, da sta partnerja primerna, da bosta sposobna opravljati starševske pravice, ki bodo v korist otroku? Kako lahko sodimo, odrejamo, kdaj je ženska v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje, kot je to določeno v 6. členu?

Podatki v literaturi kažejo na to, da so v nekaterih razvitih državah poznali nadomestno materinstvo že dolgo pred uvedbo zunajtelesne oploditve, ki pa ga v Sloveniji ne poznamo oziroma je trenutno še vedno neurejeno in s tem neregulirano.

Strokovno in etično dilemo še vedno predstavljajo odločitve o naravnem ali spodbujanem ciklusu. Ker se v postopkih OBMP navadno uporabljajo zdravila za spodbujanje ovulacije in se je s tem povečala uspešnost postopkov OBMP, pa se še vedno pojavljajo dileme ob tem, da je tveganje in možnost za nosečnost pri dvojčkih ali trojčkih večja (Virant-Klun et. al, 2002: 212).

Kateri postopek je primernejši, ostaja nepojasnjeno vprašanje. Iz izkušenj povem, da so me ljudje, ko je stekel pogovor na to, da pričakujem dvojčka, velikokrat vprašali po zanositvi: naravno ali umetno? Kot očitno se jim je zdelo to skoraj nemogoče, da bi bili dvojčki spočeti spontano.

Število postopkov OBMP je z zakonom omejeno. Menim, da se upravičeno porajajo dileme posameznikov pri omejevanju števila postopkov OBMP, saj ni težko razumeti, da gre za omejitve zgolj iz ekonomskih (finančnih) razlogov in ne iz medicinskih, saj je dokazano, da se uspešnost zaradi ponavljanja postopkov ne zmanjšuje.

Zelo težko vprašanje, na katerega verjetno še stoletja ne bomo odgovorili, je: Kako zapisati zakon, da bomo upoštevali načelo enakosti, prepoved diskriminacije, da bodo vsi udeleženi subjekti vključeni, enako obravnavani, z enakimi možnostmi in obenem zadovoljni?

Veliko neplodnih parov v Sloveniji in po svetu se sooča z vprašanjem: ali bom/bova postala starša? To vprašanje ostaja neznanka za mnoge, vse do rojstva otroka. Z rojstvom pa se odpirajo nova vprašanja: Ali otroku povedati, da je bil spočet s pomočjo postopka OBMP? Ali nas bo družba obsojala, ker imamo otroke spočete z biomedicinsko pomočjo? Dejstvo, ki ga navaja Vlaisavljević (2006:34–36) je, da bi bilo brez otrok spočetih s pomočjo OBMP, potemtakem število otrok v Sloveniji še za polovico nižje. Zavedati se moramo, da bo družba obstajala samo z reprodukcijo, pa naj bo to naravna zanositev ali s pomočjo reprodukcijskih tehnologij, le-te pa ne bodo izginile in tudi razprave o etičnosti/neetičnosti se bodo nadaljevale.

Otroci, rojeni s pomočjo reprodukcijskih tehnologij niso nič drugačni od ostalih in to lahko trdim, ker razlik med mojimi tremi otroki ni, če tudi sta bila dvojčka spočeta s pomočjo medicine. Avtorica Urh (2009:114) povzema ugotovitve Golombok, ki je ovrgla mit in pojasnila, da genetska povezava ni nujni pogoj za vzpostavitev močne vezi med starši in otroki in da otroci spočeti z biomedicinsko pomočjo, ne kažejo več psiholoških težav kot otroci iz tradicionalnih družin.

2 PROBLEM

Temo diplomske naloge sem izbrala zaradi lastne izkušnje zdravljenja zmanjšane plodnosti. K pisanju o temi me je spodbudila kopica težav in ovir, s katerimi sem se soočala v času zdravljenja. Še posebej me je zmotil odnos in pristop socialne delavke, ki je sodelovala na IVF konziliju¹⁶ z drugimi strokovnjaki. Moja pričakovanja o njeni vlogi v postopku so bila drugačna od izkušnje, ki sem jo doživela.

Zanositev je zame pomenila nekaj samoumevnega, spontanega, sploh iz razlogov, ker sem s prvim otrokom zanosila spontano, brez posebnosti. Ko pa sva s partnerjem načrtovala drugo nosečnost, sva zaradi mojih ginekoloških težav in bolezni naletela na veliko problemov. Zaradi ginekoloških operacij so mi zdravniki svetovali zanositev oziroma oploditev z biomedicinsko pomočjo. V času zdravljenja sem spoznala in preizkusila različne metode in postopke zdravljenja, doživela tudi razne posege. V času trajanja postopkov sem sodelovala z ginekologi in drugimi strokovnjaki iz Klinike za reprodukcijo v Ljubljani in spoznala veliko oseb, ki so imele podobno izkušnjo. Pridružila sem se tudi različnim forumom in Facebookovim skupinam, kjer smo v času zdravljenja in nosečnosti posameznice s podobnimi izkušnjami izmenjavale mnenja in si nudile medsebojno podporo in pomoč. Z večino posameznic ohranjam stike še danes.

Ob pregledu slovenske in tuje strokovne literature sem spoznala, da je neplodnost tema, ki je kljub pogostosti pojavljanja v družbi bila le v redkih primerih raziskovana ali proučevana s sociološkega ali družbenega vidika. Predvsem je obravnavana kot medicinska tema, tudi v laičnem diskurzu, le redko kakšen avtor se je dotaknil doživljanja posameznikov ali parov, ki so se soočili s problemom.

V slovenskem strokovnem družboslovnem diskurzu se je tema neplodnosti pojavila okoli leta 2000, ko je bil sprejet Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih z biomedicinsko pomočjo. Kasneje se je še pojavila ob referendumu o noveli zakona, kjer sta bili oploditev samskih žensk in uvoz darovanih spolnih celic, izpostavljeni kot etično sporni vprašanji.

¹⁶ IVF konzilij- administrativna pot: oba s partnerjem sta klicana na posvet (Strokovno posvetovalno telo, ki je sestavljeno iz ginekologa, embriologa in socialne delavke). Ugotavlja se ali lahko par vstopi v postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo in dobi se odločbo o dovoljenem prvem postopku. Dostopno na spletni strani UKC Ljubljana: <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/ob-sprejemu/>

Spoznala sem, da teorija piše in predlaga trditve, ki se v večji meri ne skladajo z izvedbo strokovnjakov na klinikah in izkušnjah uporabnic, ki so bile vključene v postopek zdravljenja oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Zavedam se, da se vsak posameznik ali par, ki ga je omenjeni problem prizadel, doživlja in se tudi odziva drugače, kljub temu da je bilo naše izhodišče enako- zdravljenje s postopkom oploditve z biomedicinsko pomočjo. Ker imamo posameznice izkušnje iz različnih klinik za reprodukcijo iz Slovenije, ima vsaka svojo interpretacijo in vsaka pripoveduje svojo zgodbo, kot jo je sama doživela.

Iz izkušenj povem, da so določene posameznice in posamezniki, ki so sodelovali v postopku OBMP, v času zdravljenja doživljali stisko, se soočali s socialnimi, psihičnimi in fizičnimi obremenitvami. Soočanje z neplodnostjo ni enostavno in posamezniki lahko poleg osebne stiske naletijo tudi na druge težave, med drugimi za nekatere pare pomeni tudi preizkušnjo za partnerski odnos ali za odnose v širšem socialnem omrežju.

Sama sem čutila predvsem pomanjkanje podpore strokovnjakov in bilo je tudi premalo pretoka informacij. Menim, da je svetovanje in podajanje informacij na tem področju zelo pomembno, zato bom posledično raziskala tudi obsežnost, ustreznost in učinkovitost psihološko-socialnega svetovanja. Menim, da strokovnjaki, ginekologi na klinikah premalo posvečajo ustrezno pozornost psihičnemu počutju in čustvenemu doživljanju oseb, ki se zdravijo in so v postopku umetne oploditve. Moj poudarek pri zbiranju informacij je na vprašanjih, kako in na kakšen način so uporabnice prejele pomoč in podporo ginekologov in socialnih delavcev.

V diplomski nalogi sem iskala odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali uporabnice poznajo svoje pravice v postopku zdravljenja neplodnosti? Kdo jih je z njimi seznanil?
- Ali so uporabnice v času zdravljenja dobile zadostno pomoč in podporo s strani strokovnjakov - medicinskega osebja in socialnih delavcev? Kako, na kakšen način?
- Ali so bile uporabnice deležne psihološko-socialnega svetovanja? Kako, na kakšen način?
- Kako se posameznice zaradi zmanjšane plodnosti počutijo? Kakšni občutki prevzemajo posameznico/par ob spoznanju, da ima težave z zmanjšano plodnostjo ali neplodnostjo? Kakšne strategije reševanja problema so uporabile, ko so izvedele za težave z neplodnostjo?
- Ali se je odnos med partnerjema, z družino, s prijatelji spremenil zaradi težav z neplodnostjo in zaradi zdravljenja v postopku OBMP? Kako?
- Kako zaznavajo odnos širše družbe do obravnavane problematike?
- Ali menijo, da je neplodnost danes družbeni pojav ali da je še vedno tabu tema?
- Kaj menijo o prepričanju- »Vsaka ženska mora biti mati«?
- Ali bi/bodo uporabnice povedale svojim otrokom, da je bil spočet z biomedicinsko pomočjo? Ali se jim zdi to pomembno? Zakaj?
- Kateri so tisti problemi v postopku, ki se najpogosteje pojavljajo in bi želele, da se odpravijo?
- Kako ocenjujejo svojo izkušnjo - kot pozitivno/negativno?
- Kaj od tega, kar se jim je pripetilo v postopku OBMP, je za njih pomembno danes?

3 NAČRT METODOLOGIJE

3.1 Vrsta raziskave

Moje diplomsko delo zajema analizo posameznih primerov, ki imajo izkušnjo z zdravljenjem zmanjšane plodnosti v postopkih z biomedicinsko pomočjo.

Raziskava je kvalitativna, saj osnovno izkustveno gradivo predstavljajo besedni opisi oziroma pripovedi uporabnic, ki imajo osebne izkušnje z zdravljenjem v postopkih OBMP.

Moja raziskava je empirična oziroma izkustvena, saj je celotno gradivo raziskave pridobljeno z intervjuvanjem oseb. Raziskava je tudi poizvedovalna, saj so v nadaljevanju predstavljene značilnosti omenjene problematike.

Raziskavo sem izvedla tako, da sem podrobno raziskala in pridobila podatke od strokovnjakov/strokovnjakinj, ginekologov/ginekologinj in socialnih delavcev/delavk, na klinikah za reprodukcijo v Sloveniji, ki niso javno dostopni in jih dopolnila s podatki, ki so objavljeni na svetovnem spletu. Podatke sem pridobila tudi od društev, organizacij, zavodov in posameznikov, ki zbirajo podatke o neplodnosti v Sloveniji.

S pomočjo odgovorov socialnih delavk, ki sta zaposleni na klinikah, sem predstavila nekaj vidikov strokovnega profila in stroke socialnega dela v zdravstvu, natančneje v ginekologiji. S pomočjo vprašalnikov sem pridobila informacije socialnih delavk, ki imata izkušnje v praksi in predstavila njuno vlogo in koncepte dela, ki jih pri delu uporabljata. Spraševala sem o psihološko-socialnem svetovanju in o njunem načinu komuniciranja z uporabniki, ki sodelujejo v postopku OBMP.

Raziskala sem stvarne probleme posameznic in opisala njihove poglede na trenutni položaj zdravljenja v postopkih OBMP. Zanimalo me je predvsem njihovo doživljanje, razlogi za zdravljenje, njihovi motivi, stiske, načini obvladovanja tega življenjskega položaja, z namenom, da bi jih razumela in jih pri soočanju s problemom lažje podprla. V diplomskem delu sem predstavila tudi svoje izkušnje, ki sem jih pridobila v času zdravljenja, jih primerjala z izkušnjami uporabnic ter ugotovitve podkrepila z ustreznimi argumenti in s strokovno literaturo.

3.2 Merski instrumenti

Na podlagi že pripravljenih smernic sem izdelala nestandardiziran, pol strukturiran intervju, ki ga tudi imenujemo odprti ali dialoški intervju (Mesec 1998:80).

Vnaprej sem si zastavila spisek tem in vprašanj, ki so mi služile kot rdeča nit pogovora. Vprašalnik pri intervjujih je sestavljen iz 12 tem, ki so opredeljene z vprašanji odprtega tipa in se navezujejo na raziskovalna vprašanja.

Ključne teme, ki sem jih obravnavala, so:

- Izkušnja s potekom zdravljenja in postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo;
- Pravice v postopku zdravljenja neplodnosti;
- Pomoč in podpora ter sodelovanje s strokovnjaki;
- Vpliv izkušnje z zdravljenjem v postopku OBMP na partnerski odnos;
- Podpora socialne mreže;
- Odnos družbe do problematike;
- Usklajevanje zdravljenja s službo in drugimi obveznostmi;
- Rezultat uspešnosti postopka;
- Pomanjkljivosti v postopku;
- Predlogi za izboljšanje in spremembe.

Intervjuvanke sem spraševala po subjektivnem opisu, doživljanju, mnenjih in stališčih. Posamezna vprašanja sem si izmišljala sproti in tako prilagajala vsebino, glede na značilnosti pogovora in način mišljenja. S podvprašanji sem intervjuvanke usmerjala in jim tako pomagala, da so se spomnile posameznih dogodkov ali izjem, ki so za raziskavo pomembne. V zadnjem delu vprašalnika so vprašanja naslovljena na demografske podatke intervjuvank. Primer intervjuja, zbir tem in vprašanj za uporabnice z izkušnjo zdravljenja (ne)plodnosti v postopku OBMP, je v prilogi 2.

Menim, da je družboslovna obravnava problematike povsem zapostavljena in ker podatkov, ki jih potrebujem za obravnavo teme skorajda ni, sem na vse Klinike za zdravljenje reprodukcije v Sloveniji naslovila 2 vprašalnika za strokovnjake: za ginekologe/ginekologinje in socialne delavce/delavke. Vprašalnik za ginekologe/ginekologinje vsebuje 14 odprtih vprašanj, vprašalnik za socialne delavce/delavke pa 6 vprašanj. Vprašanja za ginekologe so zastavljena tako, da sem dobila vpogled v potek postopka z njihovega stališča, številčne podatke o izvedenih postopkih OBMP in o njihovi strokovni vlogi v postopku. V večji meri me je

zanimala vloga socialnega delavca/delavke v postopku ter način komuniciranja z uporabniki zdravstvenih storitev. Predvsem me je zanimalo, kdaj, v kakšnem primeru in v kakšni obliki nudijo psihosocialno svetovanje neplodnemu paru? Primera obeh vprašalnikov za strokovnjake sta v prilogi 3 in 4.

S pridobljenimi odgovori sem v diplomskem delu želela orisati pogled in predvsem delovni pristop strokovnjakov na ginekoloških klinikah in jih primerjala z izkušnjami uporabnic.

Pri raziskovanju problema sem upoštevala obe perspektivi: perspektivo strokovnih delavcev in delavk (ginekologov/ginekologinj in socialnih delavcev/socialnih delavk) ter perspektivo uporabnic, saj verjamem, da ima vsak od njih »svojo« teorijo o tem, kaj se dogaja, kako se počutijo, kako situacijo doživljajo in kakšni so njihovi predlogi za rešitve v določeni situaciji. Gre le za osvetlitev postopkov in ne za primerjanje njihovih zgodb v smislu, kdo ima prav in kdo ne. Kot to pojasni Mesec (1998:40): »Šele poznavanje vseh teh pojmovanj pomaga najti skupno rešitev problema.«

3.3 Populacija in vzorčenje

V nalogi sem se posvetila družbeni skupini, ki zaradi težav s plodnostjo ni mogla ali še vedno ne more uresničiti želje po zanositvi.

Populacijo so sestavljale ženske, ki so bile vključene v postopek zdravljenja z OBMP, v zadnjih dveh letih. Vzorec je izbran neslučajnostno, v katerega so zajete ženske, ki so stare med 27 in 38 let in že imajo izkušnjo s postopkom zdravljenja OBMP. Gre za raziskavo manjšega števila primerov, v katero je bilo vključenih 9 posameznic, s katerimi sem vzpostavila stik v času zdravljenja, jih spoznala v zaprtih Facebookovih skupinah. Vir dokumentarnega gradiva predstavlja tudi opis moje osebne izkušnje v obliki eseja, je priloga 5.

Vprašalnike sem naslovila na ginekologe/ginekologinje¹⁷ na Klinikah za reprodukcijo v Sloveniji¹⁸ in socialne službe na njihovih oddelkih.¹⁹

¹⁷ mag. Uršula Reš Muravec, dr. med., spec.gin. in porod., Zdravstveni center Dravlje (Postojna), izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., (Maribor), prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med. (Ljubljana).

¹⁸ To so: Univerzitetni klinični center Ljubljana (Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo), Univerzitetni klinični center Maribor (Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo) in Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo v Postojni.

¹⁹ mag. Zlata Ličer, univ.dipl.soc.del. (UKC Ljubljana), Andreja Ivanušič, univ.dipl.soc.del. (UKC Maribor). Klinika v Postojni nima socialne službe.

3.4 Zbiranje podatkov

Podatke za raziskavo in obravnavo sem pridobila z delno usmerjenimi osebnimi individualnimi intervjuji, s pomočjo metode spraševanja.

Intervjuje sem izvedla v mesecu januarju in marcu 2016 pri meni doma. Ker določenih srečanj drugače ne bi mogla izvesti, zaradi razdalje med krajema, kjer živimo, sem posamezne intervjuje izvedla s pomočjo Skypa.

Intervjuvankam sem zagotovila zasebnost in miren prostor za pogovor. Vsak posamezni intervju je trajal med 1 uro in 1 uro in pol.

Vse sogovornice sem seznanila s cilji in nameni svojega diplomskega dela in jim ponudila možnost, da odklonijo ali ne odgovorijo na vprašanje, če se jim je zdelo preveč osebno ali neustrezno. V večji meri sem spraševala z vprašanji odprtega tipa, ki so jih spodbujala k samostojnemu pripovedovanju izkušenj, dvomov, mnenj in predlogov.

Njihovo anonimnost sem zagotovila tako, da bodo v diplomski nalogi zapisane le inicialke imena in priimka ter njihova starost, ki jih bo razlikovala med seboj. Pojasnila sem jim, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni zgolj v študijske namene. Pri kodiranju posameznih izjav pa bom uporabila zaporedne številke intervjuja, ki so si sledili glede na izvedbo, po datumu (npr. 1-2: 1- pomeni zaporedno številko intervjuja, 2- pomeni zaporedno številko posamezne izjave).

Z diktafonom in s snemalnikom na mobilnem aparatu sem intervjuje v celoti posnela. Trudila sem se, da sem sogovornice mirno poslušala, se jim popolnoma posvetila in po potrebi pogovor usmerjala v želeno smer, s postavljanjem podvprašanj. Za uporabo snemalnika na mobilnem aparatu sem se odločila zato, ker sem tako imela možnost večkratnega ponavljanja posnetkov pogovora, kar mi je v nadaljevanju omogočilo tudi popolno zanesljivost zapisovanja (Mesec 1998: 86). Intervjuvanke sem vnaprej opozorila, da je pogovor sneman in pridobila sem njihovo ustno soglasje.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

S pomočjo predvajalnika zvočnih posnetkov sem pogovore poslušala in jih dobesedno prepisala na računalnik. Prepise vseh intervjujev zaradi obsega nisem priložila diplomski nalogi, so pa na voljo pri meni na vpogled.

Za analiziranje pridobljenih podatkov sem izbrala kvalitativno analizo, to je s postopkom kodiranja (Strauss in Corbin 1990 v Rode 2013/2014: 29–26).

Podatke o delovanju klinik v Sloveniji in vlogah strokovnjakov, ki sem jih pridobila z vprašalniki za ginekologe/ginekologinje in socialne delavce/delavke, sem predstavila v teoretičnem delu diplomske naloge.

Besedilo sem razčlenila, izbrane dele besedila zapisala v preglednico in označila izjave, ki pripadajo posameznim intervjujem. Dele izjav, ki sem jih kodirala, sem podčrtala, da sem jih ločila od ostalega besedila. Zapise sem uredila tako, da sem posamezne izjave oštevilčila, jim pripisala konkretne pojme (odprto kodiranje), glede na svojo prvo asociacijo. V nadaljevanju sem združila sorodne pojme v kategorije, jih primerjala med seboj in jih združila v širše kategorije ter jih ponovno poimenovala. Tako sem vzpostavila hierarhijo med kategorijami in podkategorijami (osno kodiranje). Besedilo sem razčlenila na sestavne dele, ki sem jih razporedila v določene teme, glede na svoja raziskovalna vprašanja. Definirane kategorije sem primerjala med seboj in jih razporedila v domnevne odnose (Rode 2013/2014, Mesec 1998).

Celoten postopek kodiranja zaradi obsega ni priložen v diplomskem delu, je pa na voljo na vpogled pri meni.

Na podlagi kodiranja sem zapisala rezultate raziskave v obliki zgodbe o tem, kaj sem spoznala, predstavila ugotovitve in podala svoje predloge.

V tabeli so predstavljeni demografski podatki vseh devetih oseb, ki so sodelovale v raziskavi.

Tabela 3.1: Demografski podatki oseb, ki so sodelovale v raziskavi

INTERVJU	STAROST ŽENSKE	STAROST PARTNERJA	STATUS	IZOBRAZBA
INTERVJU 1	27 let	27 let	zakonska zveza	gimnazijska maturantka
INTERVJU 2	31 let	31 let	zakonska zveza	mag. prava
INTERVJU 3	31 let	34 let	zakonska zveza	poslovna sekretarka
INTERVJU 4	32 let	37 let	zakonska zveza	prof. angleškega jezika in filozofije
INTERVJU 5	32 let	35 let	zakonska zveza	konfekcijski tehnik
INTERVJU 6	34 let	36 let	zakonska zveza	univ. dipl. ekonomistka
INTERVJU 7	28 let	36 let	zunajzakonska skupnost	univ. dipl. inž. gradbeništva
INTERVJU 8	38 let	34 let	zakonska zveza	živilski tehnik
INTERVJU 9	35 let	38 let	zakonska zveza	poslovna sekretarka

V tabeli 3.2 so razvidni podatki intervjuvank o zdravljenju neplodnosti v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Vse osebe, ki so sodelovale v raziskavi, so bile oplojene s partnerjevo spolno celico.

Tabela 3.2: Podatki o zdravljenju neplodnosti v postopkih OBMP

INTERVJU	KLINIKA ZA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI	POSTOPEK OBMP	USPEŠNOST/ NEUSPEŠNOST POSTOPKOV	ŠTEVILO ROJENIH OTROK
INTERVJU 1	UKC Ljubljana	1. postopek: IVF 2. Postopek: IVF	Oba IVF postopka uspešna	1 otrok (ž), dvojčka (ž, m)
INTERVJU 2	UKC Ljubljana	2x IUI, 1x IVF	IUI postopka neuspešna, uspešen IVF	dvojčka (ž, m)
INTERVJU 3	UKC Ljubljana	1x IVF	3x neuspešni transferji ²⁰ (zamrznjenčki ²¹), 4 zamrznjenček je uspešen transfer	1 otrok (m)
INTERVJU 4	UKC Maribor	1x IVF	uspešen IVF	dvojčka (2 m)
INTERVJU 5	UKC Maribor	3x IUI, 3x IVF	3x neuspešen IUI 3x neuspešen transfer, splav, uspešen IVF, 2 zamrznjenčka še ostala	1 otrok (ž) 1 otrok brez medicinske pomoči

²⁰ Izraz transfer uporabljajo tudi strokovnjaki; pomeni: prenos zarodkov.

²¹ Izraz zamrznjenčki uporabljajo tudi strokovnjaki; pomeni: zamrznjeni zarodki.

INTERVJU 6	UKC Ljubljana, UKC Maribor	postopek ICSI: 5 postopkov + transfer zamrznjenčka	transfer zamrznjenčka uspešen	dvojčka (ž, m)
INTERVJU 7	UKC Ljubljana	1x IVF	Uspešen IVF	1 otrok (m)
INTERVJU 8	UKC Maribor	1. postopek: IUI, 2. postopek: IVF	1. postopek: uspešen IUI; 2. postopek: IVF 5 neuspešnih transferjev, ostala 2 zamrznjenčka	1 otrok (ž)
INTERVJU 9	Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna	1 x IVF	uspešen 2. transfer z zamrznjenčki	1 otrok (m) 1 otrok brez medicinske pomoči

RAZLAGA POJMOV V TABELI: kratice in strokovni izrazi postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), npr: IVF, ICSI, IUI, transfer, zamrznjeni zarodki, so pojasnjeni v slovarju izrazov, v prilogi 1.

4 REZULTATI IN RAZPRAVA

Osnovno izkustveno gradivo in podatki izhajajo iz pripovedi sogovornic, ki imajo izkušnjo z zdravljenjem neplodnosti v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo.

V nadaljevanju sem na strnjen način povzela temeljne ugotovitve, ki se navezujejo na raziskovalna vprašanja. Vključila sem tudi druge teme in izjave, ki so se v procesu raziskovanja izkazale kot pomembne, izjemne ali so jih moje sogovornice večkrat omenile. Ugotovitve in rezultati bodo predstavljeni kot preplet osebnih izkušenj oseb in teoretskih konceptov.

Izkušnja s potekom zdravljenja in postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo

Moje sogovornice so bile v času intervjuja stare med 27 in 38 let, tudi razpon starosti njihovih partnerjev je v enakem razmerju. Sogovornice ocenjujejo trajanje neplodnosti od najmanj pol leta do največ 8 let.

Preden so nastopile zdravljenje zmanjšane plodnosti/neplodnosti so vse poskušale zanositi s spolnimi odnosi brez zaščite. Tri intervjuvanke so posegle po alternativnem zdravljenju, navedle so: homeopatijo, akupunkturo, bioenergetiko, bionergetiko na daljavo in tudi ajurvedsko zdravljenje. Vse ostale so se poslužile le uradne medicine.

Osebna ginekologinja je bila tista, od katere so posameznice prejele prvo informacijo o težavah z zmanjšano plodnostjo in tista, ki jih je napotila na zdravljenje neplodnosti v kliniko za reprodukcijo. Le ena posameznica je ginekologinji sama podala predlog za zdravljenje neplodnosti. Tri posameznice so zaradi nezadovoljstva osebno ginekologinjo pred postopkom zdravljenja zamenjale.

Vse intervjuvanke so se zdravile v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo v klinikah v Sloveniji in bile oplojene s partnerjevo spolno celico. Štiri imajo izkušnjo z zdravljenjem na Kliniki za reprodukcijo v Ljubljani, tri v Mariboru ter ena v Postojni. Izjemoma ena ima izkušnjo z dvema klinikama, v Ljubljani in v Mariboru, saj je med klinikama prestopila. Kot vzrok za zamenjavo OBMP klinike je navedla: *»V Maribor sva v bistvu vmes prestopila, ker so vsi v tistem času blazno hvalili, da kako je super, da imajo bolj osebni pristop in oh in sploh krasno...« (6-24).*²²

²² Oznaka (6-24) pomeni: (6)- pomeni zaporedno številko intervjuja, (24)- pomeni zaporedno številko posamezne izjave. Enako velja tudi za vse izjave v nadaljevanju

Ko so se odločale, v kateri kliniki se bodo zdravile za neplodnost in pri katerih strokovnjakih, so najpogosteje navedle, da je bil vzrok:

- da je klinika najbližje kraju, kjer stanujejo,
- da je bila izbira in odločitev zaradi predlogov in priporočil oseb s podobnimi izkušnjami,
- zaradi krajše čakalne dobe,
- zaradi vez in poznanstev.

Dve intervjuvanki sta omenili, da je pri izboru klinike odtehtalo to, da v Kliniki za reprodukcijo v Mariboru izvajajo punkcijo pod narkozo, drugje pa ne.

Ko se ugotavljajo vzroki za neplodnost, govorimo o ženski ali moški neplodnosti, lahko so vzroki pri obeh. V treh od mojih primerov se je izkazalo, da sta imela zdravstvene težave oba s partnerjem. Sogovornice so navedle podobne zdravstvene težave partnerjev in pojasnile, da je bil vzrok, da niso zanosile, slaba gibljivost ali manjše število spermijev. Eden od partnerjev je imel raka na modu.

Kadar se vzroki ne odkrijejo, za par neplodnost ostaja nepojasnjena. Štiri so povedale :

»Niso mi sploh znali pojasnit, zakaj to.« (1-32)

»Neplodnost je pol v končni fazi ostala kot nepojasnjena. Ni bilo razloga, zakaj ne gre po naravni poti.«(2-24)

»Tam so ugotovili, da sva oba zdrava, ampak pač ni šlo po naravni poti.«(5-3)

»Pri nama ni bilo nobenega vzroka, šlo je za nepojasnjen vzrok.« (9-13)

Med svojimi najpogostejšimi zdravstvenimi težavami in vzrokih za težave z neplodnostjo so navajale: endometrioza, težave z jajčniki (policistični jajčniki, neprehodnost jajcevodov, ciste), neredne in boleče menstruacije, težave z maternico idr. Tudi med strokovnjaki iz medicinske stroke prevladuje mnenje, da kar »osemdeset odstotkov vzrokov ženske neplodnosti predstavljajo motnje ovulacije, endometrioza ali neprehodni jajceводи« (UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika).

Zaradi težav z endometriozo in neprehodnostjo jajcevodov, ki so jih navajale, so intervjuvanke najpogosteje imele preiskavi: laparoskopijo in histeroskopijo²³. Štiri so imele operacijo endometrioze in ena odstranitev pregrade na maternici. Med ostalimi preiskavami so navedle tudi: kontrolne preglede, bris, pregled krvi za ščitnico in za spolno prenosljive bolezni, hormonske teste, pregled urina idr. Vsi njihovi partnerji so opravili analizo semena-spermiogram, le eden je, zaradi raka na modu, dal svoje seme zamrzniti.

Ko so opisovale potek postopka zdravljenja, so se njihove izjave ponavljale, zato bom na kratko povzela, kar so naštele. Omenile so:

- pregledi/ultrazvoki pri ginekologih,
- za zdravljenje so prejele hormone (hormonske injekcije, tablete),
- partner je oddal seme-spermiogram,
- spremljanje rasti foliklov,
- stop injekcija,
- punkcija foliklov,
- prenos (transfer) zarodkov ali zamrznjenih zarodkov (zamrznjenčkov),
- krvni test – ugotavljanje nosečnosti.²⁴

Intervjuvanke se spominjajo svojih zdravstvenih težav, ki so nastale kot posledica zdravljenja s hormonskimi zdravili (injekcijami). Najpogosteje navajajo: hiperstimulacijo²⁵, slabost, napihnjenost, vročinske valove, menjavo razpoloženja. Tri so navedle bolečine, ki so jih spremljale v času zdravljenja, izjemoma ena intervjuvanka je povedala, da zdravila nanjo niso posebej vplivala. Dve sogovornici sta pojasnili, da se nista obremenjevali s stranskimi učinki hormonskih zdravil.

Pravice v postopku zdravljenja neplodnosti

Spraševala sem, ali posameznice poznajo svoje pravice v postopku zdravljenja neplodnosti in v kolikor jih, kdo jih je z njimi seznanil? Predvsem me je zanimalo poznavanje Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Bila

²³ Pojma sta pojasnjena v slovarju izrazov, v prilogi 1.

²⁴ Pojmi so pojasnjeni v slovarju izrazov, v prilogi 1.

²⁵ Pojem je pojasnjen v slovarju izrazov, v prilogi 1.

sem presenečena nad odgovori intervjuvank, saj večina za omenjeni zakon niti ni slišala ali pa se ni zavedala, da določene informacije, s katerimi so bile seznanjene izhajajo iz tega.

Najpogosteje se je pojavljal odgovor, da poznajo število postopkov, ki jim po zakonu pripadajo. Tiste, ki so bile s posameznimi pravicami seznanjene, so povedale, da so informacije pridobile s strani klinike ali ginekologov, kjer so se zdravile, ali so izmenjavale izkušnje s prijateljicami, ki imajo tudi osebno izkušnjo z zdravljenjem neplodnosti ali pa so informacije same iskale na spletu.

Ko sem spraševala o psihološko-socialnem svetovanju, ki je opredeljen v omenjenem zakonu (ZZNPOB), če so ga bile deležne ali z možnostjo vsaj seznanjene, so vse odgovorile, da niso prejele nobenega svetovanja.

Iskanje informacij

V kolikor osebe ne pridobijo zadostnih informacij o zdravljenju neplodnosti, so nekako prisiljene, da samoiniciativno začnejo iskati le-te. Danes je dostop do elektronskih načinov komuniciranja lahko dostopen, zato me odgovori večine intervjuvank, da je bil njihov glavni vir iskanja informacij o zdravljenju neplodnosti, prav svetovni splet- internet, ne preseneča. Iz odgovorov je razvidno, da vse pomembnejšo vlogo ponudnika socialne opore prevzema internet. Prav pogostost ponavljanja enakih odgovorov kaže na to, da dostopu do informacij preko spleta večina sogovornic pripisuje velik pomen. Poleg spletnih strani so posameznice posegale tudi po strokovnih literaturah, revijah, so informacije pridobile od ginekologov ali na tujih spletnih straneh. Vsem je bilo zelo pomembno, da so informacije lahko pridobile od oseb, ki so imele podobne težave in imajo z zdravljenjem tudi osebno izkušnjo. Izkušnje in informacije so izmenjavale ter pridobivale tudi preko spletnih forumov. Ena od njih je povedala, da so ji forumi všeč predvsem zato, ker omogočajo tudi anonimne pogovore, nekatere so izpostavile, da so jim forumi pomenili druženje. Bercko (2010:21) v svojem magistrskem delu omenja, da lahko posameznice v slovenskem prostoru na spletu pridobijo in izmenjavajo informacije na portalu Med.Over.net (forum Neplodnost), obiskujejo forum društva Živa ali na portalu Ringaraja.net. Tri posameznice pa so se čez čas odtujile od forumov, saj so spoznale, da raznolikost osebnih zgodb in negativne izkušnje posameznic, nanje niso dobro vplivale.

»Za forume sem takoj rekla, da ne bom brala, ker je na forumih 100 ljudi in 100 različnih zgodb in tudi zase vem, ko maš slabo izkušnjo, jo greš še isto sekundo napisat po možnosti na forum in tisto negativno pol širit... ko pa naslednji dan prespiš pa pomisliš, eh, sej ni bilo tako hudo...«(I-48)

»S forumi sem jaz imela zelo slab občutek, nobenih takih realnih informacij, pač vsaka pove svojo zgodbo, ene so pač uspešne ene neuspešne... Čist po pravici, odsvetujem forume«. (2-42)

»...jaz ful nerada berem te forume...«(3-31)

Sodelovanje s strokovnjaki

Sogovornice sem spraševala o njihovih izkušnjah in zadovoljstvu z obravnavo in sodelovanjem s strokovnim osebjem: zdravniki-ginekologi/ginekologinjami, medicinskimi sestrami, embriologi/embriologinjami in socialnimi delavci/delavkami. Ali so uporabnice v času zdravljenja dobile zadostno pomoč in podporo s strani strokovnjakov - medicinskega osebja in socialnih delavcev? Kako, na kakšen način?

Prvo srečanje in sodelovanje s strokovnjaki na kliniki sogovornice opišejo kot izkušnjo, da so podpisovale »papirologijo«, podajale osebne podatke in urejale formalne zadeve za vključitev v postopek. Povedo, da so prvi stik imele z medicinsko sestro ali z zdravnikom (ginekologom), ki sta opisala potek postopka zdravljenja in posredovala navodila za zdravljenje s hormonskimi zdravili (injekcijami). Povedo, da so bile s strani osebja seznanjene predvsem z osnovnimi informacijami, zdravniki so podajali osnovna navodila na ultrazvokih, nekatere sproti informirali ali sploh ne, le redki so jih opozorili na stranske učinke zdravil ali morebitne nevarnosti. Spominjajo se, da so z njimi najpogostejše sodelovale na pregledih, na ultrazvokih, v času punkcije ali transferja.

Sogovornice so poudarjale predvsem, da so pričakovale več informacij, več razlage in več sočutja. Mnenja, v kolikšni meri so bile zadovoljne z ginekologi, se razlikujejo. Nekaj jih je mnenja, da so ginekologi imeli pozitiven odnos, so bili prijazni in strokovni, spet druge so poudarjale, da so bili ginekologi skopi z informacijami, so imeli neprofesionalen odnos in da niso prejele zadostne podpore. Samo ena od intervjuvank je mnenja, da je pridobila s strani osebja zadostne informacije in je bila v celoti zadovoljna z njihovim načinom dela.

Izjemoma ena od sogovornic je bila vabljen na konzilij z ostalimi strokovnjaki, preden se je vključila v postopek zdravljenja, ostale intervjuvanke povedo, da na konziliju niso sodelovale ali o tej možnosti sploh niso bile informirane.

Medicinske sestre predstavljajo vez med posameznikom-co/parom, ki se zdravi v postopku in ginekologom oziroma ginekologinjo na kliniki. Sogovornice so zaznale, da je njihova vloga največkrat podajanje navodil za zdravljenje s hormoni-uporaba injekcij, naročanje na preglede in da jih spremlja na vseh pregledih, v različnih fazah postopka. Iz njihovih izjav je mogoče

razbrati, da so bile veliko bolj zadovoljne z delom in pristopom medicinskih sester, kot z ginekologi. Intervjuvanke se sodelovanja z njimi spominjajo predvsem po tem, da so bile prijazne, pozitivne, strokovne, z njimi so imele dober odnos. So enakega mnenja, da so od njih prejele zadostno podporo in pomoč.

Dve posameznici sta povedali, da nista imeli stika z embriologom/embriologinjo, tri pa se sodelovanja spominjajo na transferju, ko naj bi le-ta podajal informacije o razvoju celic oziroma razvoju zarodkov.

Ko sem spraševala po sodelovanju s socialnim delavcem/delavko, sem dobila podrobnejše informacije le od dveh sogovornic, saj ostale v času zdravljenja niso sodelovale z njimi, jim možnost sodelovanja z njimi niti ni bila predstavljena niti ponujena. Dve, ki sta sodelovali s socialno delavko sta povedali, da je bila njena vloga takrat, da je predstavila možnosti posvojitve, v kolikor bi bili v postopku neuspešni in jima ponudila možnost svetovalnega razgovora, v kolikor bi ocenili, da ga potrebujeta. Ena izmed sogovornic je v času zdravljenja sodelovala s socialno delavko na CSD, ko je tam iskala informacije o možnostih posvojitve otrok v Sloveniji.

Presenetil me je podatek, ko so posameznice izjavile, da v času zdravljenja neplodnosti niso čutile potrebe po sodelovanju z socialnimi delavci/delavkami:

»...če mi do danes še ne bi ratalo, bi mi pa prav prišla kakšna taka pomoč, ja. Do takrat pa nisem čutila te potrebe, sem bila kar dosti močna, še posebej zato, ker mi je bil moj mož dobra pomoč.«(3-79)

»Sprejemam to obliko pomoči ampak kot sem že povedala, sem imela sama dovolj podpore v možu in v moji prijateljici, ki je že čez to šla, da preprosto nisem čutila potrebe, da se grem pogovarjat z nekom, ki ima izkušnje z ljudmi, ki se s tem soočajo.«(4-68)

»Ne, nisem prišla tako daleč, da bi potrebovala pogovor s psihologinjo ali socialno delavko.«(7-77)

»Ne, nisem razmišljala o pogovoru s socialno delavko ali psihologinjo.« (9-74)

Iz navedb uporabnic lahko razberemo, da je socialno delo v zdravstvu, tudi v ginekologiji, v primerjavi z drugimi strokami zanemarjeno in da le-ti v večji meri opravljajo le administrativna dela. Kot slabost socialnega dela kot sekundarne discipline avtorica Milošević Arnold (2001:90–92 v Eržen 2012:17) vidi v tem, da se mora »socialni delavec stalno potrjevati

oziroma, mu druge stroke odvzemajo strokovno kredibilnost s tem, ko ga omejujejo v avtonomnosti, minimalizirajo njegov delež, določajo njegove cilje in posegajo v njegove okvirje delovanja«.

Doživljanje in obremenitve

Kako se posameznice zaradi zmanjšane plodnosti počutijo? Kakšni občutki prevzemajo posameznico/par ob spoznanju, da ima težave z zmanjšano plodnostjo ali neplodnostjo?

Najprej sem sogovornice povprašala o tem, kako so se počutile, ko so izvedele za neplodnost in kakšna so bila njihova občutja ob misli, da (mogoče) ne bodo mogle imeti otrok, v kolikor bi bile v postopku OBMP neuspešne? Govorile so o tem, da so bile razočarane in prizadete. Njihovi odgovori so si bili zelo podobni, ob spoznanju neplodnosti je bil njihov prevladujoč odziv strah in groza:

« Večkrat sem na to pomislila in počutila sem se grozno. »(1-80)

»Tisti prvi občutki, ko je enkrat bilo dejansko jasno, da zgleđa ne bo šlo, je bilo kar grozen ja. Ne veš, ali te je strah ali si žalosten, tisti občutek nemoči, da ne moreš vplivat na to...(2-25). Za mene je to pomenilo eno veliko izgubo in tisti strah pred izgubo, da nikoli ne bom mogla imeti svojih lastnih otrok. »(2-97)

»Kako sem se počutila ob misli, da morebiti ne bom mogla roditi svojega otroka?- grozno. »(4-50)

»...ko je šel partner prvič na spermiogram, pa so ga poklicali, da mora priti nazaj. V tistem momentu je bilo meni grozno, začela sem razmišljati o tem. Najbolj me je bilo strah, kaj pa, če sploh ne moreva imeti otrok (7-52). Prav razmišljala sem, kaj bi pol ali sem pripravljena živeti brez otrok, če sem pripravljena to sploh povedati... (7-53). Takrat sem začela razmišljati, če bo najina veza to zdržala. Če bom jaz lahko šla čez to, da recimo jaz dejansko imam možnost imeti otroke, če sem se sposobna zaradi njega temu odpovedati. »(7-54)

Izjemoma ena sogovornica je povedala, da o tem, da mogoče ne bo mogla imeti svojih otrok, ni nikoli razmišljala.

Najpogostejši občutki, ki so jih spremljali ob spoznanju, da imajo težave z zanositvijo in zmanjšano plodnostjo/neplodnostjo so bili: šok, strah, nervoza, izguba samozavesti, zapiranje vase, stiska, depresija, prelaganje krivde nase, občutki nemoči ipd. Vse te občutke je spremljala jeza, porajali so se dvomi, razočaranje, jok, nestrpnost, tudi nevoščljivost, samokritičnost...

Polovica sogovornic je še posebej poudarila, da je bil postopek zanje psihično in fizično zelo naporen. Ena izmed njih, je morala poiskati celo dodatno strokovno pomoč pri psihiatru. Iz njihovih izjav lahko razberem, da so posameznice doživljale širok spekter negativnih čustev in negativnih občutkov. Bile so obremenjene in postavljale so si vprašanja:

»Kaj če ne bo uspelo?«(1-172)

»Kako, kaj, zakaj, kakšne so verjetnosti, kaj lahko počnem, kaj ne smem, a je pametno doma ležat, koliko injekcij, koliko bolijo, kaj to pomeni, kakšne so lahko posledice?«(2-69)

»Kaj mi je treba iti sploh skozi to, če vsi govorijo, da ne bo šlo?«(4-38)

»Kaj je narobe z mano?«(4-39)

»Zakaj jaz ne morem imeti otroka, kaj sem naredila narobe?«(8-76)

»Zakaj se to ravno meni dogaja?«(9-47)

Posameznice so omenile, da so jih mešani občutki prevzemali takrat (občasno), ko so imele upanje na dober končni rezultat. Omenile so, da so na trenutke bile optimistične, so imele pozitivne misli, v času pričakovanja so bile pod vplivom adrenalina...

Vse sogovornice so test nosečnosti naredile doma in krvni test tudi v kliniki. Tri posameznice so omenile, da jih je na krvnem testu spremljal partner. Njihove izkušnje so zelo različne, saj se je za nekatere test izkazal kot pozitiven, za nekatere negativen in so posledično sledili novi postopki oplodite ali prenosi zarodkov. Dve sta imeli tudi izkušnjo s splavom. Pričakovati je bilo, da bodo njihova doživetja in občutki povezani z rezultatom nosečniškega testa. To pomeni, da so negativne rezultate spremljali negativni občutki in negativna čustva (jok, tresenje, živčnost) in pozitiven test pozitivna čustvena stanja (sreča, veselje in nenazadnje tudi olajšanje ter šok ob uspehu).

Vse sogovornice, razen ene izjeme, so bile na testu vsaj enkrat pozitivne. Te nosečnosti so se zaključile s porodom živih in zdravih otrok. Osebam, ki so sodelovale v raziskavi, se je s pomočjo postopkov OBMP rodilo 14 otrok, od tega so bili 4 pari dvojčkov, kar pa je bilo le naključje, da so bile v raziskavo izbrane osebe z izkušnjo zanositve z dvojčki. V več literaturah se najdejo podatki, ko strokovnjaki pišejo o tem, da so mnogoplodne nosečnosti pri zunajtelesni oploditvi okoli 20-krat pogostejše kot po spontani zanositvi in da se zato klinike po vsem svetu ukvarjajo z raziskavami, kako bi uspešnost IVF postopkov ohranili in obenem zmanjšali

nastanek mnogoplojnih nosečnosti (Virant-Klun et. al. 2002:199–207). Sogovornici, ki je bila na zadnjem testu preverjanja nosečnosti neuspešna in je bila v času intervjuja še vključena v postopek zdravljenja neplodnosti, sta ostala dva zamrznjenčka in se še vedno trudi, da bi zanosila s pomočjo postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo. Le-ta pa ima živorojeno deklico s pomočjo postopka OBMP, ko je bila v prvič v postopku.

Novice o uspehu ali neuspehu na nosečniškem testu so najprej sporočile svojim partnerjem, staršem, ožjim članom družine, nekatere so povedale tudi bližnjim prijateljem.

Opisale so tudi posebnosti in težave, ki so spremljale njihovo zanositev in nosečnost. Pogosto so občutile slabost, primanjkovalo jim je železa, imele so nosečniški diabetes, povišan krvni tlak ipd. Le dve intervjuvanki sta omenili, da sta nosečnost doživljali brez posebnosti in težav.

Porajalo se mi je vprašanje, ali ženske in njihovi partnerji različno, kako drugače doživljajo neplodnost in proces postopka OBMP? Natančen odgovor bi lahko dobila le od njihovih partnerjev, a vseeno so sogovornice opisale, kakor so one videle in ocenile doživljanje njihovih partnerjev. Pripovedovale so o tem, da običajno partnerji niso radi razglabljali o problemih, ali so skrivali čustva, bili flegmatični ali sploh niso bili čustveno vpleteni, celo neobremenjeni. Ena je povedala, da ji je partner potožil, da se je v času oddaje semena počutil neprijetno. A kljub temu, da je iz odgovorov možno razbrati, da partnerji niso bili močno čustveno vpleteni ali svojih čustev niso jasno pokazali navzven, so posameznice pojasnile, da so največkrat podporo iskale in tudi dobile prav pri svojih partnerjih.

Strategije reševanja problema

Ker me je zanimalo tudi soočanje posameznic s socialnimi, psihičnimi in fizičnimi obremenitvami v različnih fazah postopka oploditve, sem jih spraševala tudi o tem, kakšne strategije reševanja problema so uporabile za obvladovanje tega življenjskega položaja? Pogosto so se ponavljali odgovori, da so težke trenutke najlažje preživele tako, da so se izolirale od ljudi, od prijateljev, ki niso bili opora in predvsem od negativnih dejavnikov. Povedale so, da jim je le v določenih trenutkih pomagal pogovor s prijatelji ali ko so izkušnje delile na forumih. Negativne misli so preusmerile tako, da so se zaposlile z delom v službi, gledale televizijo in najpogosteje brale knjige. Štiri posameznice so v tem času razmišljale tudi o možnostih posvojitve otroka, druge so iskale informacije tudi o zdravljenju neplodnosti v tujini ter o darovani spolni celici. Večina je mnenja, da jim je v teh težkih trenutkih najbolj pomagal pogovor s partnerjem in njegova podpora. Povedale so tudi, da so za izboljšanje počutja in težav

več posegale po zdravi prehrani, se več gibale, bolj počivale, ena pa je navedla, da je partner zmanjšal število pokajenih cigaret.

Vpliv izkušnje z zdravljenjem v postopku OBMP na partnerski odnos

Iz pripovedi in izjav intervjuvank sem razbrala, da je zdravljenje neplodnosti vplivalo na partnerski odnos. Intervjuvanke so se spominjale pozitivnih in negativnih sprememb in jih tudi opisale. Štiri sogovornice so omenile, da so bili v odnosu intervali vzponov in padcev. Šest posameznic je povedalo, da se s partnerjem nista obsojala ali obtoževala zaradi neplodnosti in nista iskala »grešnega kozla« za težavo.

Njihove odgovore sem združila in jih predstavljam v naslednji tabeli.

Tabela 4.1: Spremembe v partnerskem odnosu

POZITIVNE SPREMEMBE	NEGATIVNE SPREMEMBE
zbližanje v času postopka	prepiri
medsebojno spoznavanje	konflikti
pozitiven vpliv izkušnje na odnos	razmišljanje o razpadu partnerske zveze
izboljšanje odnosa	brez/manj spolnih odnosov
izboljšanje komunikacije	trenutki brez stika in podpore
medsebojna podpora	ni pogovorov o občutkih, doživljanjih
skupni cilj	oddaljevanje - zapiranje vase
veliko pogovorov	prelaganje odgovornosti
	napetost
	pomanjkanje pogovora

Pripovedovale so o tem, da so težave najlažje premostile skupaj s partnerjem, s pogovorom. Ena je omenila tudi, da sta na izkušnjo gledala s humorjem, kar jima je pomagalo. Večina je poudarjala, da jim je partner ves čas stal ob strani, bil v oporo in pomoč, jih je spodbujal in zaupal v dober rezultat. Niso bili samo čustvena opora ampak so partnericam pomagali tudi pri injiciranju hormonskih zdravil. Posameznice so večkrat povedale, da so od partnerjev dobile zadostno podporo, le ena od njih je ni prejela toliko, kot si je takrat želela. Intervjuvanke tudi drugim parom (s podobno izkušnjo) svetujejo, da ko se soočajo z neplodnostjo, da je takrat še posebej pomembno, da imajo dober in iskren odnos s partnerjem, da veliko komunicirajo in se

pogovarjajo o svojih občutkih ter doživljanjih, da se ne obsojajo in naj gledajo na to kot na skupen projekt.

Ko sem jih spraševala, če so se s partnerjem pogovarjale o kakšnih drugih možnostih (npr. posvojitve otroka), v kolikor bi bili v postopku OBMP neuspešni, so bili njihovi odgovori različni. Štiri so povedale, da se s partnerjem niso pogovarjale o možnostih posvojitve otroka, ostalih pet pa je pritrdilo, vendar se štirje partnerji z njihovimi predlogi niso strinjali, saj so posvojitvi nasprotovali. Ena od njih je povedala, da je skupaj s partnerjem iskala informacije o posvojitvi otrok na CSD. Ena posameznica se je s partnerjem pogovarjala o zdravljenju neplodnosti v tujini, v kolikor bi bila v postopku neuspešna.

Pogovor o neplodnosti in podpora socialne mreže

Težave in prepreke, s katerimi se pari soočajo v času zdravljenja neplodnosti, niso preizkušnja samo za njun odnos, ampak tudi za odnos z drugimi, ki sestavljajo njuno socialno mrežo. Sogovornice so se rade spominjale in naštevale pomembne druge, od katerih so prejemale podporo in pomoč. Najpogosteje so jo prejele od partnerja, staršev, ožjih družinskih članov in tudi prijateljev/prijateljic, s katerimi so delile izkušnjo ali mnenja. Štiri sogovornice so povedale, da so drugim zaupale svoje težave brez dvomov. Odzivi prijateljev in znancev so bili po večini pozitivni: postavljali so jim spodbudna vprašanja, jih bodrili, z njimi so sočustvovali in jim bili v podporo in pomoč, ko so jih potrebovale.

Predvsem so jih znanci in prijatelji spraševali po tem, zakaj s partnerjem še nimata otrok oziroma kdaj jih nameravata imeti? Ko pa so bili seznanjeni s tem, da se zdravita za neplodnost in da sta v postopku OBMP, pa so ju večinoma bodrili ter spodbujali in nestrpno pričakovali končen rezultat. Le ena od sogovornic je povedala, da ji nihče ni postavljaj vprašanj na temo neplodnosti.

Večina jih ocenjuje, da so dobile zadostno in iskreno podporo od prijateljev in družine:

»Nič se ni kaj dosti spremenilo v odnosu z drugimi, razen tistega pozitivnega, spodbujajočega odnosa (2-155). Lahko rečem, da je šlo vse malo na boljše, veliko več podpore.« (2-156)

»Moje okolje je situacijo pozitivno sprejelo in nisem nikogar pogrešala v smislu podpore.« (4-89).

»Ko je bilo negativno, so naju bodrili, saj naslednjič pa bo. Bili so tolažba in opora. Ko je bilo negativno, so naju bodrili, saj naslednjič pa bo. Bili so tolažba in opora.« (5-90)

»Vsi bolj sočustvujejo s tabo, so mi stali ob strani... (6-103)...so bili kakšni taki momenti, so se pokazal v negativnem trenutku v še bolj pozitivni luči kot prej.« (6-104)

Le ena posameznica se spominja, da so se prijatelji odzvali z usmiljenjem, eden od prijateljev je bil tudi proti: *»Imam eno izkušnjo, en odziv od enih dobrih kolegov od mojega moža, ki je rekel, da on nikoli ne bi šel, ker sperme ne bi dal.« (3-121)*

Usklajevanje zdravljenja s službo in drugimi obveznostmi

Zanimalo me je tudi, ali so o svojih težavah in zdravljenju neplodnosti spregovorili s svojimi nadrejenimi in sodelavci/sodelavkami? Po pričakovanjih, so bili njihovi odgovori in izkušnje zelo različne. Vse intervjuvanke, razen dveh izjem, so omenile, da so bile deležne razumevanja in podpore svojih nadrejenih, ostali dve pa sta poudarili, da je imela njuna nadrejena negativen odnos do njiju. Ena od njiju je bila premeščena na težje delovno mesto, druga pa je celo dobila odpoved (zaradi staleža).

Sedem jih je bilo v času zdravljenja v staležu, vendar v različnih časovnih obdobjih in iz različnih vzrokov: ena zaradi narave in zahtevnosti dela, stalež v času punkcije, po prenosu zarodkov do testa nosečnosti, po potrditvi nosečnosti. Dve sta delali ves čas, ena od teh je delala tudi v nosečnosti.

Ena sogovornica med sodelavkami ni delila izkušnje, nekatere so o svojih težavah z neplodnostjo spregovorile samo z izjemami in po pričakovanjih so bili različni tudi njihovi odzivi. Dve posameznici sta omenili, da sta od vseh imeli podporo, da so sodelavke pokazale zanimanje za temo in njihovo počutje, druge pa so omenile, da so bile sodelavke temu različno naklonjene.

Pogovor o neplodnosti in odnos družbe do problematike

Da posameznik zbere pogum in se odloči spregovoriti o svojih težavah z neplodnostjo običajno zahteva svoj čas, pogum, razmislek in veliko energije, saj se zaveda tveganja in se boji odzivov ljudi. Neplodnost je tema, ki še vedno v veliki meri ostaja na področju, kar je za človeka bolj osebne narave. Že na splošno ljudje v javnosti ne radi ali z večjo mero zadrege težko spregovorijo o zdravstvenih težavah ali o spolnosti in verjetno še težje o težavah, ki izhajajo iz »nesposobnosti« zanositve, kar nekaterim lahko zbuja občutke drugačnosti, manjvrednosti ali nepopolnosti. Zato je še posebej pomembno, da vsak sam opredeli in si izbere krog ljudi, katerim se bo zaupal, kdaj, v kolikšni meri in na kakšen način.

Sogovornice so pripovedovale o tem, da so se o svojih težavah najraje pogovarjale z osebami, ki imajo za seboj podobno izkušnjo in si bile v podporo:

»Sem se pa pogovarjala z eno mojo kolegico o tem, ker je bila ona v istem postopku dvakrat...«(3-33)

»Bolj pomembno mi je bilo mnenje nekoga, ki ve, kako se počutim, ker se je že počutil tako... (4-69 ...a nihče ne razume tako dobro kot nekdo, ki je postopek že dal skozi.«(4-83)

»Velikokrat se mi je zgodilo, da sem komu povedala, pa so pol rekle, ja saj jaz tudi. Imaš takšen občutek, da je to zelo pogosto, da je dejansko veliko ljudi v tem, ampak redko kdo pa govori o tem.«(7-97).

»...tistim, ki sem jim pa želela razložiti to so pa bile prijateljice oziroma kolegice, ki so se sme soočale s tem. Od njih sem dobila feedback, od njih sem dobila občutek, da vedo o čem govorim (8-113). Ljudem, ki se niso s tem soočali se jim nisem zaupala, ker sem vedela, da me ne morejo razumeti in mi je bilo škoda energije in časa da bi enemu to razlagala.(8-116) Z ženskami, ki se niso soočale s tem, se pa nisem spuščala v debate, ker ne morejo razumeti.«(8-117).

»Z enim, ko je šel čez to se lahko malo drugače pogovarjaš, ker ve približno za kaj se gre, kaj ti doživljaš, ko je v bistvu negativna posledica, kot pa z nekom, ko mu ti samo pripoveduješ, kako to izgleda.«(9-94)

Večina pove, ko so o neplodnosti spregovorile z drugimi, jim je bilo veliko lažje, saj se šele sedaj dobro zavedajo, da imajo podporo in lahko pričakujejo pomoč od ljudi, ki jih obkrožajo.

Če povzamem njihova pripovedovanja lahko povem, da poudarjajo, da gre za raznolike izkušnje, vendar je večini pomembno mnenje ljudi, ki imajo (lastno) podobno izkušnjo, saj menijo, da te osebe odprto govorijo o tem. Še vedno pa se zavedajo, da kljub velikemu številu posameznikov, ki se zdravijo za neplodnost, le-ti svoje težave še vedno prekrivajo. Pojasnijo, da o tem ne moreš govoriti z vsakim. Dve sta se bali odziva bližnjih in prijateljev, zato sta nekaj časa celo lagali in prikrivali težavo in o težavah šele postopoma spregovorili. Štiri intervjuvanke so povedale, da zanje neplodnost ni sramotna, zato so o temi spregovorile brez dvomov in iskreno.

Greil (1993:202–203) pojasnjuje, da se pari pogosto umikajo v osamo iz razlogov, da bi se izognili situacijam, ko bi jih drugi posamezniki zaradi neplodnosti opominjali na njihovo

odstopanje od normalnosti. Ker so neplodni pari prepričani, da jih razumejo le tisti, ki imajo ali doživljajo enako izkušnjo, pogosto prijateljujejo in iščejo podporo v takšnih skupinah oseb.

Že iz preteklosti izhaja negativen odnos do neplodnosti, prav gotovo pa se je stereotipno razmišljanje ohranilo tudi v sedanjosti. Ker sem želela izvedeti, kakšno je mnenje mojih sogovornic o tem, v kolikšni meri se je to preneslo v današnjo družbo, sem jih spraševala o tem, kako trenutno zaznavajo odnos širše družbe do obravnavane problematike? Večina je povedala, da so opazne spremembe in razlike v razmišljanju in dožemanju družbe med nekoč in danes. Podale so pojasnila, da družba posameznike, ki se zdravijo za neplodnost in otroke spočete s pomočjo OBMP sprejema, danes se več javno govori o tematiki saj se družba informira preko raznih medijev... *»Širša javnost daje mal več podpore in tudi mal več lahko od njih pričakuješ in to mi je ful lepo, da so začel dojemati, da to je kot neka vrsta bolezen, ki se jo da popraviti in s tem nisi nič manj vreden.«*(1-167)

Povedale so, da so večinoma imele pozitivne izkušnje, niso bile deležne neprimernih komentarjev, ena od njih pa je pripovedovala o tem, da so jo ljudje obsojali, obtoževali: *»So me obsojali, neplodna si, bog ti ni namenil in se nimaš kej vmešavat v božje plane.«*(1-36) *Od teh sem se dobesedno izolirala, ker me je to bolelo, da so me drugi čudno gledali.«*(1-37)

Na vprašanje, ali menijo, da je neplodnost danes družbeni pojav ali da je še vedno tabu tema, sem dobila raznolike odgovore in pojasnila. Tri so mnenja, da je neplodnost družbeni pojav, saj je veliko število parov, ki se zdravi za neplodnost in tega je čedalje več. Štiri so podale svoje mnenje, da ocenjujejo, da je neplodnost v Sloveniji v večji meri še vedno tabu tema, da družba do danes še ni sprejela, da obstajajo neplodni pari in da se še vedno najdejo posamezniki, ki prelagajo krivdo na ženske ter jih obsojajo. Štiri sogovornice so pojasnile, da neplodnost ni več tabu tema, da so ljudje o temi informirani, seznanjeni s postopki zdravljenja. Samo ena od intervjuvank je bila mnenja, da se še vedno kaže nerazumevanje in nesprejemanje, ko je govor o oploditvi homoseksualnih parov ali samskih žensk.

V zakonu (ZZNPOB) so opredeljeni tudi opravičenci do postopkov OBMP. V Sloveniji imajo pravico do postopkov OBMP (oploditve z biomedicinsko pomočjo) samo zakonski in zunajzakonski (heteroseksualni) pari, ki ga predstavljata polnoletna in razsodna moški in ženska, ki sta v takem psihosocialnem stanju, v skladu s katerim se pričakuje, da bosta sposobna opravljati starševske dolžnosti v korist otroka (5. člen). Zanimalo me je tudi njihovo mnenje o tem, ali bi se strinjale z oploditvijo za samske ženske in homoseksualne pare, v kolikor bi bilo

to mogoče. Vse, razen ene izjeme, so se z oploditvijo za samske matere strinjale. Izrazila je mnenje: *»Če gledam s stališča otroka, mu vzameš možnost očeta... »(7-119).*

Na vprašanje o možnosti umetne oploditve za homoseksualne pare, pa so bili njihovi odgovori bolj raznoliki: Če bi homoseksualni pari imeli to možnosti, bi se jih šest z možnostjo oploditve strinjalo, dve sta izrazili dvom:

»Mene ne moti, če je nekdo istospolno usmerjen, bolj se vprašam, kako otrok to doživlja. Kako otroka okolica sprejema.(8-139)...otroka morata spočet moški in ženska, preko tega ne gre. Dve ženski otroka ne moreta spočet, tako da, pa tudi dva moška ne. Tukaj se ne bom opredeljevala kar je in kaj ni prav, ampak kaj je naravno. »(8-140)

»Kar se pa tiče homoseksualnih parov bom pa rekla, da nimam nič proti glede vzgoje oziroma, da imata onadva otroka. (9-126). Imam pa proti razmišljanju, da bo otrok vzgojen v tem okolju. On bo vzgojen v okolju homoseksualnih parov in ne bo vedel, da je v bistvu naravno: moški-ženska. On bo v prepričanju tega, kar bo videl doma.«(9-127).

Zanimivo se mi zdi, da tudi osebe, ki imajo same izkušnjo s tem, da jim drugi očitajo, da počnejo nekaj, kar ni 'naravno' (npr. ne morejo 'naravno' zanostiti), ta isti argument uporabljajo pri drugi skupini.

Ena intervjuvanka je bila proti in je podala naslednje argumente: *»Kar se tiče homoseksualcev jaz nimam nič proti samo pač moj vidik je, da oni ne morejo vzgajat otroke. Lahko so poročeni in imam tudi prijatelje, ki so homoseksualci in nimam nič proti njim ampak mislim, da je to še bolj tabu tema kot zanositev z biomedicinsko pomočjo in mislim, da bi ti otroci zelo nastradali med sovrstniki, lahko nasilno, lahko kako drugače... To povem, da ne, da ne bi homoseksualen par bil dober starš, ampak zaradi otrok...«(3-132).*

Tri posameznice so omenile celo nadomestno materinstvo in pojasnile svoje predloge, da bi le-to lahko uredili v Sloveniji, saj so predolge čakalne dobe za posvojitev otrok ali pa bi bilo ženkam, ki ne morejo zanositi ali donositi otroka, omogočeno, da bi imele otroka.

Kaj intervjuvanke menijo o prepričanju: »vsaka ženska mora biti mati«? (Ann Oakley)

Kot sem pisala že v teoretičnem delu svojega diplomskega dela, so nekdanje ženske, ki niso imele (mogle imeti) svojih otrok, označevali kot duševno in telesno nepopolne. *»Za popolne so veljale takrat, ko so postale matere«* (Urh 2009:117). Zavirškova je v svojem delu zapisala, da materinstvo spada v področje družbenega in je sposobnost rojevanja biološko dejstvo. Pojasni,

da se pojma izključujeta. Piše tudi o tem, da mit iz preteklosti, da ženska ni prava ženska, v kolikor nima svojih otrok, tako ohranja tradicionalno miselnost tudi danes. To pojasni tako, da družba še vedno označuje, stigmatizira ženske, ki se odločijo, da ne bodo imele otrok in jih imenujejo za odklonske ali celo sebične (Zaviršek et al. 2008:124).

Ann Oakley (2000:200–236) je v svojem delu Gospodinja obravnavala mit materinstva:

- »Ženska potrebuje svojega otroka« –vez med materjo in otrokom je čustvena in ne biološka.
- »Otrok potrebuje mater« –res je, da otrok potrebuje ljubečo skrb, vendar ni nujno, da je materina.
- »Ženska mora biti mati« –materinstvo je glavni element ženske spolne vloge, vendar je vedenje žensk (mater) povezano z vzgojo in kulturnimi vrednotami in ne biologijo.

Nekaj svojih mnenj in stališč o trditvi, da »vsaka ženska mora biti mati«, so podale tudi moje intervjuvanke. Najpogosteje so se ponovila razmišljanja, da je to, ali ženska bo/ne bo mati, odločitev vsake posameznice in menijo, da je danes še vedno izrazit vpliv vzgoje na žensko. Pojasnijo tako, da obstaja razmišljanje, da ima »vsaka« ženska otroke. Ob njihovem podajanju osebnega mnenja sem spoznala, da se z mitom ne strinjajo in da so mnenja, da je to zastarelo prepričanje.

»Ženska mora biti mati« - njihovo osebno prepričanje lahko strnem v naslednje opredelitve:

- Ženske, ki niso matere niso slabše od drugih.
- Ni potrebe, da ženska postane mati, da je lahko izpopolnjena.
- Vsaka ženska ne more biti mati.
- Če nisi dober starš bolje, da nimaš otrok.
- Določeni ljudje nimajo smisla za otroke.

Otroci spočeti s postopkom OBMP

Ali je sploh pomembno, na kakšen način je otrok spočet? Kako se bo otrok spoprijemal z odzivi okolja, vprašanji posameznikov ali morebiti celo stigmo, lahko imajo veliko in pomembno vlogo starši. Pomembno je, da otroci svojega načina spočetja ne doživljajo ali razumejo kot nekaj slabega, da je v družini sprejet in da mu pojasnimo, da zaradi tega ni nič drugačen od drugih. Menim, da lahko s pozitivnimi sporočili pripravimo otroka na možne neprimerne odzive iz okolja.

Vse intervjuvanke so odgovorile, da bodo svojim otrokom razkrile, da so bili spočeti s pomočjo postopka umetne oploditve, a ko bodo dovolj stari, da razumejo tovrstno tematiko ali se bodo prilagodile situaciji, ko bodo otroci o tem spraševali. Izjemoma ena oseba je povedala, da do danes o tem še ni razmišljala, a se ji zdi pomembno, da se otroku razloži na pravi način. Večina je tudi mnenja, da to niti ni tako zelo pomembno niti ni za skrivat, saj to ni sramotno. Ena intervjuvanka je razložila, da bi mu pojasnila na način: *»Ni nobene razlike, gre samo za drugačen začetek nosečnosti.«*(7-111). Menijo, da bi bil otrokov odziv ali pozitiven ali pa ni za pričakovati posebnega odziva.

Pomanjkljivosti v postopku ter njihovi predlogi za izboljšanje in spremembe

Ko sem bila vključena v postopek zdravljenja neplodnosti sem ocenila, da je kar nekaj pomanjkljivosti, ki so meni, mojemu partnerju ali drugim parom oteževali zdravljenje. Glede na to, da s(m)o imele izkušnje z zdravljenjem v različnih klinikah, sem pričakovala raznolike odgovore, zanimalo pa me je tudi, katere so tiste pomanjkljivosti, ki so klinikam skupne? Izpostavila bom tiste pomanjkljivosti, ki so jih moje sogovornice najpogosteje omenjale in za katere bi si želele, da bi se v prihodnje odpravile.

Dve sta ocenili, da pomanjkljivosti v postopku ni bilo in zato tudi nimata predlogov za izboljšanje. Očitna je korelacija med odgovori intervjuvank o splošnem zadovoljstvu s postopkom in zadostnim informiranjem s strani osebja. Osebe, ki so bile zadosti informirane, so bile na splošno tudi zadovoljne s postopkom in samim izidom.

Eden izmed poglavitnih dejavnikov, ki so ga izpostavile, je pomanjkanje informacij in razlage s strani ginekologov. Menijo, da so zdravniki omejeni le na podajanje nujnih informacij v zvezi s postopkom, pozabljajo pa na čustveni del pacientk/pacientov. Izpostavile so, da so ginekologi, zaradi velikega števila pacientk preobremenjeni in da gre za pomanjkanje časa, da bi se več lahko posvetili posamezni osebi. Težko so dostopni za vprašanja tudi po telefonu. So mnenja, da manjkajo spodbudne besede s strani osebja, da imajo ginekologi neoseben pristop (*»pacientke so samo številke«*) in da se nekateri strokovnjaki izmikajo odgovorom in odgovornosti. Navedle so tudi, da je bila zanje pomanjkljivost to, da več ginekologov spremlja eno pacientko, da delujejo zelo nepovezano in da je med njimi slab pretok informacij. Ocenjujejo, da niso dobile zadostne podpore s strani strokovnjakov. Izpostavile so tudi pomanjkljivost prostorov, ki ne zagotavljajo zasebnosti. Ena izmed sogovornic je mnenja, da so psihologi in socialni delavci težko dostopni oziroma ji niti ni bilo predstavljene možnosti

sodelovanja ali pogovora z njimi. Izjemoma ena, je kot pomanjkljivost izpostavila čakalno dobo za začetek zdravljenja in razdrobljenost procesa diagnosticiranja in pridobivanja izvidov.

Zaradi pomanjkanja informacij je eden od predlogov za nadaljnjo kvalitetnejšo obravnavo oseb, ki se zdravijo za neplodnost to, da bi bili strokovnjaki bolj občutljivi, empatični in spodbudni. Želele bi si, da bi postopek vodil samo en ginekolog, saj imajo vsi znanja, da izvajajo posamezne faze postopka: *»Pogrešala sem, da bi bila samo 1 oseba, ki ti vodi postopek, 1 zdravnik, zato da te pozna, da ve od samega začetka kako, kaj, zakaj in da imaš tudi ti majčken bolj občutek človečnosti. Ne pa, da vsakih naletiš na drugega in niti ne veš na koga, niti ne veš kako se piše...«* (2-196).

Sogovornice so mnenja, da v kolikor bi bile faze postopka bolj povezane, bi bile tudi krajše čakalne dobe.

Dve osebi menita, da se kaže potreba po dostopnosti, pogovoru in podpori socialnega delavca ali psihologa takrat, ko se posamezniki soočajo z negativnim rezultatom testa nosečnosti, splava ipd.

Ena od njih predlaga: ker si morajo osebe, ki jim je predpisano hormonsko zdravljenje z injekcijami, le-te vbrizgavati same ali s pomočjo partnerja, si želi, da bi v prihodnje mešanje zdravil in njihovo apliciranje prevzela klinika in predvsem to, da bi več poudarka namenili tudi opozorilom na stranske učinke omenjenih zdravil.

Izpostavile so tudi to, kar se jim je zdelo strokovno dobro. Tri so navedle, da so bile zadovoljne z osebjem ali s postopkom. Velika večina jih je poudarjala, da so bile zadovoljne s pristopom medicinskih sester, bolj kot z ginekologi, da so bile podporne, strokovne.

Ena, ki je bila v celoti zadovoljna s postopkom OBMP, pa je še posebej poudarila, da ji je bilo zelo všeč, da so v kliniki v Postojni zelo prilagodljivi parom: *»Bilo mi je super, da so bili pregledi lahko v takšnih jutranjih urah, da nisi manjkal nikjer, ne v službi, nič ni trpelo...«* (9-68).

Izkušnja z zdravljenjem

Kot najbolj obremenjujoč del zdravljenja so omenjale: čakanje na rezultat testa nosečnosti, čakanje na rezultat oplojenih celic in na rezultat odmrznitve zarodkov ter odobritev transferja. Nekaterim je predstavljala obremenitev tudi punkcija in dajanje injekcij, kar so povezovale z bolečino. Prve negativne asociacije, ki so jih naštele so: čakanje na rezultat in negativen rezultat

testa, punkcija, injekcije, neoseben odnos, psihična obremenitev in birokracija. Iz odgovorov lahko razberemo, da so naštele vse to, kar so zaznavale tudi kot pomanjkljivosti v postopku.

Spominjale so se tudi pozitivnega vidika izkušnje z zdravljenjem: pozitiven test nosečnosti, da so imele zadostno podporo partnerja/moža in da so imele medicinske sestre dober odnos.

Kot nas uči socialno delo, da se moramo skupaj s sogovorniki usmeriti iz preteklosti v sedanjost in prihodnost in od virov nemoči k virom moči, svoj del rezultatov in razprave zaključujem tako, da povzemam, kaj od tega, kar se je sogovornicam pripetilo v postopku OBMP, je za njih pomembno danes? Vesela sem, da vse, brez izjeme, svojo izkušnjo z zdravljenjem na splošno ocenjujejo kot pozitivno:

»Ja, izkušnja mi pomeni veliko, da sem šla sploh čez, da sem imela sploh to možnost. » (1-181). Sem pa spoznala nove ljudi, imamo še stike.«(1-183)

»V bistvu sem sama sebe začela bolj ceniti. (2-211). Izkušnja me je bolj močno naredila. Pridobila sem na samopodobi, ker mi je čist vseeno, kaj si drugi mislijo, v eni točki mi je priklopilo in sem se bolje počutila.«(2-212)

»Mislim, da je to vseživljenjska izkušnja, mislim, da človeka naredi močnega in bolj pozitivno vpliva na človeka kot negativno.«(3-93). Naučila sem se, da ne smem obupat, ker obstaja možnost, da dobiš otroka na tak način.(3-140). Pozitivno je, da sem videla, kdo so pravi prijatelji, ki so mi stali ob strani.(3-141). Sem videla, kako je moj partner močen ob meni. To je tisto, da vidiš, kdo ti lahko celo življenje stoji ob strani.«(3-142)

»Če sem se česa naučila, je to, da je neke stvari v življenju preprosto treba preživeti, četudi so težke.«(4-126).

»Če ne bi v postopku bila, si sploh ne bi zamišljala, kako, kaj, koliko, se v to vloži (5-119). Vidim partnerja v drugi luči, ni to enako kot če normalno zanosiš...(5-120). Definitivno vidim sebe drugače, sem bolj močna, trdna. Presenetila sem sama sebe.«(5-121).

»Posebna izkušnja, ki je drugače ne bi doživela.(6-146). Spoznala sem, da zmorem še več kot sem si mislila in dejansko vidiš, kaj vse smo pripravljeni, zmožni narediti in pripravljeni prenesti, da prideš do cilja, ki si ga želiš.«(6-149).

»Velikokrat se mi je prej zgodilo, da je kakšen par, ki je že dolgo časa skupaj, pa sem rekla, kaj pa onadva zdaj čakata, vse imata porihtano, zakaj še nimata otrok? Zdaj se vedno vprašam, mogoče imata pa problem? (7-130) ... nisem si mislila, da sem toliko močna.«(7-131).

»Spoznala sem, kar te ne ubije, te okrepi.(8-142) Dobiš na samozavesti, noro se okrepiš, kljub fizičnim pritiskom. Jaz sem osebnostno zrasla.(8-143) Dosti širše gledam na ljudi, se trudim, da ne obsojam, vsak ima svoje razloge, da je tako.«(8-144).

»Postopek oziroma umetna oploditev je bila za naju pozitivna življenjska izkušnja (9-89) in preizkušnja partnerskega odnosa.(9-90), da sva šla skupaj čez nekaj, kar je obema dalo življenjsko srečo in ponos, da imava skupaj otroka, za katerega lahko rečem, da sva si ga prigarala.«(9-91).

5 SKLEPI

V sledečem poglavju bom na strnjen način povzela temeljne ugotovitve raziskave tako, da se bom oprla na teme, ki so se izkazale kot zanimive v povezavi z raziskovalnimi vprašanji.

Čeprav s(m)o se vse posameznice zdravile za neplodnost, je vsaka zgodba in izkušnja bila drugačna, doživljanje podobno ali povsem različno... Prav gotovo je vsaka sogovornica prispevala nekaj edinstvenega k mojemu diplomskemu delu in osebnemu pogledu.

Osebam, ki so sodelovale v raziskavi, se je s pomočjo postopkov OBMP rodilo 14 otrok, od tega so bili 4 pari dvojčkov. Izjemoma ena sogovornica je bila v postopku OBMP neuspešna in se še vedno trudi, da bi zanosila.

Vse sodelujoče v raziskavi so, še preden so nastopile zdravljenje, poskušale zanositi s spolnimi odnosi brez zaščite, nekatere so posegale tudi po alternativnem zdravljenju. Posameznice so prvo informacijo o neplodnosti prejele od osebne ginekologinje, katera jih je napotila na zdravljenje neplodnosti v kliniko za reprodukcijo. Vse intervjuvanke so bile oplojene s partnerjevo spolno celico in iskale zdravniško pomoč v klinikah za reprodukcijo v Ljubljani, Mariboru in Postojni. Pri njihovem izboru klinike je prevladovalo to, da je le-ta najbližje kraju, kjer stanuje, k odločitvi so prispevala priporočila znancev z osebno izkušnjo, čakalna doba za zdravljenje ali izvajanje punkcije pod narkozo, ki posameznicam olajša bolečine v času posega. V treh od mojih primerov se je izkazalo, da sta imela zdravstvene težave oba s partnerjem, pri štirih posameznicah je vzrok za zmanjšano plodnost/neplodnost ostal nepojasnen. Zaradi zdravstvenih težav (endometrioza, težave z jajčniki, neredne in boleče menstruacije, težave z maternico) je večina imela operativni poseg (laparoskopija, histeroskopija).

Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB) in pravic, ki iz njega izhajajo, večina ni poznala, za omenjeni zakon niti niso slišale. Tiste, ki so bile s posameznimi pravicami seznanjene, so povedale, da so informacije pridobile s strani klinike ali ginekologov, kjer so se zdravile, pogosto so izmenjavale izkušnje in mnenja s prijateljicami ali na spletnih forumih. Večina je kot glavni vir iskanja informacij o zdravljenju neplodnosti navedla svetovni splet- internet.

Spraševala sem jih o psihološko-socialnem svetovanju, ki je opredeljen v zakonu (ZZNPOB), če so ga bile deležne ali z njim vsaj seznanjene. Vse so odgovorile, da niso prejele nobenega svetovanja s strani socialnega delavca/delavke ali psihologa. Kot problem so omenile, da

socialnega delavca ali delavke v času zdravljenja niso srečale, je z njimi težko priti v stik, večini možnost sodelovanja niti ni bila predstavljena.

Sogovornice so pripovedovale o tem, da so bile s strani osebja seznanjene predvsem z osnovnimi informacijami, ginekologi so podajali osnovna navodila na ultrazvokih, le redki so jih opozorili na stranske učinke zdravil ali na morebitne nevarnosti. Mnenja, v kolikšni meri so bile zadovoljne z ginekologi, se razlikujejo. Nekaj jih je mnenja, da so ginekologi imeli pozitiven odnos, so bili prijazni in strokovni, spet druge so poudarjale, da so bili ginekologi skopi z informacijami, so imeli neprofesionalen odnos in da niso prejele zadostne podpore. Samo ena od intervjuvank je mnenja, da je pridobila s strani osebja zadostne informacije in je bila v celoti zadovoljna z njihovim načinom dela.

Iz pogovorov sem lahko razbrala, da se mnoge ne strinjajo s sistemom, zaradi katerega imajo ginekologi prenatrpane urnike in so posledično bile prikrajšane za pogovor ali za povratne informacije, ki so jih želele pridobiti. Sogovornice so poudarjale predvsem, da so pričakovale več razlage in več sočutja. Menim, da dodatnih 5 minut, ki bi jih zdravnik namenil vsakemu pacientu, da bi jim prisluhnil, ne bi povzročilo veliko daljših čakalnih dob, verjamem pa, da bi bilo veliko več uporabnikov bolj zadovoljnih s sodelovanjem strokovnjakov. S podporo in pomočjo medicinskih sester so bile zadovoljne.

Dve posameznici (s partnerjem), ki sta sodelovali s socialno delavko, sta povedali, da je le-ta predstavila možnosti posvojitve, v kolikor bi bili v postopku neuspešni. Ponudila jima je tudi možnost svetovalnega razgovora, v kolikor bi ocenili, da ga potrebujeta. Ena izmed sogovornic je v času zdravljenja sodelovala s socialno delavko na CSD, ko je tam iskala informacije o možnostih posvojitve otrok v Sloveniji. Večina posameznice je ocenila, da v času zdravljenja neplodnosti niso čutile potrebe po sodelovanju z socialnimi delavci/delavkami.

Najpogostejši občutki, ki so jih spremljali ob spoznanju, da imajo težave z zanositvijo in zmanjšano plodnostjo/neplodnostjo so bili: šok, strah, nervoza, izguba samozavesti, zapiranje vase, stiska, depresija, prelaganje krivde nase, občutki nemoči ipd. Vse te občutke je spremljala jeza, porajali so se dvomi, razočaranje, jok, nestrpnost, tudi nevoščljivost, samokritičnost... Polovica sogovornic je pripovedovala o tem, da je bil postopek zanje psihično in fizično zelo naporen. Psihične in fizične obremenitve so najlažje premostile tako, da so se izolirale od ljudi,

od prijateljev, ki niso bili opora in predvsem od negativnih dejavnikov, se zaposlile z delom v službi, gledale televizijo ali brale knjige.

Posameznice so omenile, da so jih občasno prevzemali tudi mešani občutki, ko so imele upanje za pozitiven test nosečnosti. Omenile so, da so na trenutke bile optimistične in imele pozitivne misli.

Doživljanje partnerjev so opisale z besedami, da niso bili močno čustveno vpleteni ali svojih čustev niso jasno pokazali navzven, a kljub vsemu so jim bili najboljša in najpogostejša podpora. Pripovedovale so o tem, da so težave najlažje premostile skupaj s partnerjem, s pogovorom. Posameznice so povedale, da so od partnerjev dobile zadostno podporo, le ena od njih je ni prejela toliko, kot si je takrat želela.

Štiri sogovornice so povedale, da so tudi drugim zaupale svoje težave brez dvomov. Najpogosteje so se zaupale ali izmenjavale mnenja z osebami, ki že imajo osebno izkušnjo z zdravljenjem neplodnosti. Povedale so, da so bili odzivi prijateljev, znancev in ožjih družinskih članov po večini pozitivni: postavljali so jim spodbudna vprašanja, jih bodrili, z njimi so sočustvovali in jim bili v podporo in pomoč, ko so jih potrebovale.

Večina je omenila, da so prejele zadostno podporo svojih nadrejenih in sodelavcev/sodelavk, le nekatere sodelavke so bile temu različno naklonjene. Izjemoma dve sogovornici sta povedali, da je imela njuna nadrejena negativen odnos.

Večina je povedala, da so med nekoč in danes opazne spremembe pri dojemanju in sprejemanju neplodnih parov v družbi. Ali je neplodnost tabu tema ali družbeni pojav so se različno opredelile. Štiri so mnenja, da je neplodnost v Sloveniji v večji meri še vedno tabu tema, da družba do danes tega še ni sprejela in pojasnile, da nekateri še vedno prelagajo krivdo na ženske ter jih obsojajo. Tri so mnenja, da je neplodnost družbeni pojav, saj je veliko število parov, ki se zdravi za neplodnost in tega je čedalje več.

Večinoma so imele pozitivne izkušnje, niso bile deležne neprimernih komentarjev, le ena od njih je bila deležna obtožb, obsojanj. Strinjajo se, da se danes več javno govori o tematiki, saj se družba informira preko raznih medijev. Nekaj jih je mnjenja, da so mediji v današnjem času zelo pomembni in lahko pripomorejo k temu, da se bo družba informirala o neplodnosti tudi preko zgodb posameznikov, ki imajo to izkušnjo.

Še vedno obstajajo odprta nerešena etična in pravna vprašanja, predvsem vprašanja pravičnosti, enakosti, diskriminacije in varstva individualnih interesov, ko sprašujemo o možnostih oploditve za samske matere ali homoseksualne pare. Vse intervjuvanke, razen ene izjeme, so se z oploditvijo za samske matere strinjale, pri možnosti umetne oploditve za homoseksualne pare, pa so bili njihovi odgovori bolj raznoliki. Dve posameznici sta izrazili dvom in pojasnili, da dva moška nista primerna za vzgajanje otroka in sta v skrbeh, kako bi otrok to doživljal, v kolikor ga vrstniki ali družba ne bi sprejela.

Pri odločitvi ali ženska bo ali ne bo mati so bile enakega mnenja in pojasnijo, da je to odločitev vsake posameznice, ne glede na to, da ima vzgoja še vedno močan vpliv. Večina je mnenja, da je trditev: »vsaka ženska mora biti mati« zastarelo prepričanje in se z njim ne strinjajo.

Vse intervjuvanke so povedale, da bodo svojim otrokom razkrile, da so bili spočeti s pomočjo postopka umetne oploditve, a ko bodo dovolj stari, ko bodo razumeli tovrstno tematiko ali se bodo prilagodile situaciji, ko bodo otroci o tem spraševali.

V zadnjem sklopu intervjujev sem sogovornice spraševala o pomanjkljivostih v postopku, o njihovih željah, možnostih in pričakovanjih po izboljšanju. Intervjuvanke so v različnih sklopih intervjujev pripisovale velik pomen pogovoru s strokovnjaki in poudarjale pomanjkanje informacij in razlage s strani ginekologov. Želele bi, da bi v prihodnje posameznico spremljal le en ginekolog, saj je med več ginekologi pretok informacij slab in odnos posledično neoseben. Na splošno ocenjujejo, da niso dobile zadostne podpore s strani ginekologov.

Dve sogovornici sta mnenja, da so psihologi in socialni delavci težko dostopni. Verjameta, v kolikor bi bila posameznikom možnost sodelovanja z njimi predstavljena, bi bilo tudi več interesa za pogovor z njimi.

Izjemoma dve intervjuvanki sta ocenili, da pomanjkljivosti v postopku ni bilo in zato tudi nista podali predlogov za izboljšanje.

Vse sodelujoče v raziskavi svojo izkušnjo z zdravljenjem v postopku OBMP ocenjujejo kot pozitivno. Večina sogovornic je pripovedovala o tem, da jih je izkušnja okrepila, pridobile so na samopodobi, izboljšal se je njihov odnos s partnerjem in spoznale so nove ljudi, s katerimi ohranjajo stike še danes.

6 PREDLOGI

V poglavju rezultatov in sklepov sem predstavila stališča, mnenja in poglede intervjuvank, ki so se zdravile v postopkih OBMP, predstavila sem tudi njihove želje in predloge za izboljšanje strokovne prakse. Vse intervjuvane v avtobiografijah, skozi pripovedovanja osebnih izkušenj, odstirajo konkretne načine za vzpostavljanje uspešnih dialoških praks med osebami, ki se zdravijo v postopku OBMP in strokovnim osebjem.

Namen mojega raziskovanja in intervjuvanja oseb je bil, da sem prišla do spoznanj, na osnovi katerih bi si/bodo posameznice/posamezniki lahko pomagali ali se izognili oviram v postopku OBMP, če bi se znašli v podobni situaciji ali položaju. Moj cilj je, da bi se strokovno osebje začelo zavedati, da so za zadovoljitev potreb in želja uporabnikov potrebne spremembe in da bi moje predloge udeležili v čim večji meri.

Menim, da je bilo v preteklih poglavjih povzetih kar nekaj tem, o katerih je vredno premisliti, saj bi lahko pomembno prispevale k izboljšanju prakse socialnega dela v ginekologiji in na splošno.

Ocenjujem, da je kar nekaj pomanjkljivosti v slovenski zakonodaji, ki je povezana z zdravljenjem neplodnosti, ki bi jih bilo potrebno odpraviti, dopolniti:

- Menim, da je za celotno družbo pomembno, da bi se ustvarila atmosfera, v kateri bi se brez pomislekov posamezniki lahko odločali o tem: kdaj, s kom, pod katerimi pogoji in koliko otrok bodo imeli in če si jih sploh želijo. Ustava vsem posameznikom, državljanom določa, zapoveduje, da skupaj ustvarimo pogoje in razmere, da se človek lahko sam odloča in mu odločitev ni treba pojasnjevati ali opravičevati, četudi gre za preprečitev rojevanja s kontracepcijo, sterilizacijo ali splavom, kakor tudi takrat, ko se posamezniki odločajo za nove reprodukcijske tehnologije.
- Kot pomanjkljivost zakona (ZZNPOB) bi omenila, da le-ta namreč natančno ne določa, kaj naj bi psihološko-socialno svetovanje obsegalo in to, da so do pogovora in svetovanja opravičeni samo pari v primeru oploditve s spolnimi celicami darovalke/darovalca. Menim, da bi do pogovora, svetovanja ali podpore morali biti opravičeni vsi pari, ki bi začutili, da imajo to potrebo ali o tem bili ustrezno in pravočasno informirani.
- Menim, da postopke umetne oploditve uspešno izvajajo, vendar pa se ob oploditvah z darovano spolno celico še vedno odpirajo nerešena etična in pravna vprašanja, predvsem vprašanja pravičnosti, enakosti, diskriminacije in varstva individualnih interesov, ki bi jih

bilo potrebno odpraviti v čim krajšem času. Poudarjam, da bi bilo dobro razmisliti o izpeljavi nove definicije in sprememb, ki bi vključevale tudi samske matere in homoseksualne pare ter jim ponudila možnosti za vključitev v postopke OBMP.

- Menim, da bi bilo treba zaradi vse večjega števila družin istospolnih parov in tistih, ki so se oblikovale s pomočjo OBMP, razširiti definicijo o družini. Le tako bodo vključene vse nove oblike skupnosti, ki trenutno ne sodijo v okvir razumevanja družine. Socialno delo temelji na antidiskriminatorni praksi in na tem, da zagotavlja socialno pravičnost in ker so socialni delavci med drugim tudi izvrševalci socialnih politik, bi bilo treba, da izrazijo potrebe po nujnih spremembah, že v poimenovanju družine in pomenih v krvnih ali nekrvnih vezeh v starševstvu.

V nadaljevanju predstavljam svoje predloge, ki sem jih oblikovala kot odgovor na nekatere kritične poglede in pričakovanja intervjuvank:

- Zaradi pomanjkanja informacij s strani ginekologov, je eden od mojih predlogov za nadaljnjo kvalitetnejšo obravnavo to, da bi bili strokovnjaki bolj občutljivi, bolj empatični in vsekakor bolj spodbudni. Menim, da je pomanjkanje časa problem, saj stroka na eni strani ponuja možnosti rešitve enega problema, na drugi strani pa ne rešujejo obremenitev in stisk, ki jih v času zdravljenja pari ali posameznice/posamezniki doživljajo. Izboljšanje stanja bi lahko dosegli tako, da bi jim namenili več časa, omogočili prostor za pogovor, s katerim bi zagotovili občutek intimnosti in varnosti, da bi skupaj z njimi iskali vire moči, jim dodajali moč v trenutkih, ko bi to potrebovali ali si želeli. S to obliko pomoči bi posameznikom olajšali predvsem premagovanje čustvenih obremenitev, ki jih prinaša postopek zdravljenja neplodnosti.
- Ker primanjkuje časa za pogovor, bi strokovno osebje (ali klinike) lahko posredovalo več zloženk o tematiki, s pomočjo katerih bi se posamezniki informirali ali bi na spletnih straneh klinik objavili naslove ali kontakte oseb, ki nudijo pomoč na posameznih področjih.
- Strokovnjaki bi za večjo ozaveščenost posameznikov v družbi, za zmanjšanje stigmatizacije in tabuizacije lahko poskrbeli tudi tako, da bi objavljali več prispevkov v medijih ali na družbenih omrežjih in obenem pomagali razbiti mite o »otrocih iz epruvete« in parih, ki se soočajo z neplodnostjo.

Na tem mestu se bom posvetila in osredotočila na vsebine, ki so povezane s stroko socialnega dela v ginekologiji.

- Intervjuvanke so na podlagi lastnih izkušenj izoblikovale mnenja o delu socialnih delavcev/delavk. Na žalost sem odgovore dobila le od dveh posameznic, zato izjav ter ugotovitev ne morem posploševati. Ker ostale sogovornice niti niso imele možnosti sodelovati s socialnim delavcem/delavko predvidevam, da le-tem primanjkuje časa, da bi delali z uporabniki, jih poslušali in skupaj z njimi ustvarjali rešitve. Predvidevam, da je za socialno delo v ginekologiji značilen pisarniški slog dela ali pa le premalo časa posvečajo uporabnikom, ki se zdravijo v postopkih OBMP. Menim, da bi se morali bolj posvetiti situacijam in posameznikom »tukaj in zdaj« in se bolj posvetiti njihovim trenutnim bremenilnim situacijam.
- Kot so posameznice omenile, da je bilo zanje izmenjevanje informacij z osebami s podobno izkušnjo zelo pomembno, ocenjujem, da bi lahko podporne skupine dodale velik prispevek k temu. Le-te bi delovale v okviru klinik za reprodukcijo in bi jih vodile socialne delavke/delavci. Pomoč bi lahko bila ponujena v obliki individualnih srečanj, skupin za samopomoč, terapij ali delavnic. Ključnega pomena bi lahko bila tudi partnerska obravnava, pomoč parom, ki so v stiski.
- Vloga socialnega delavca/delavke bi lahko bila bolj povezovalna - med posameznikom in medicinskim strokovnim osebjem ali podporna, ko v težkih trenutkih posamezniki potrebujejo predvsem čustveno podporo in pomoč pri premagovanju stisk, ki lahko nastanejo zaradi vpliva zdravljenja s hormonskimi zdravili. Menim, da se tukaj pokaže neustrezna organiziranost te oblike strokovne pomoči, t.j. socialnega dela v ginekologiji.
- Ocenjujem, da je profil socialnega delavca v zdravstvu, v obstoječi zakonodaji, še vedno neumeščen, kar jim še dodatno otežuje položaj.

Mnogo vprašanj na temo neplodnosti ostaja odprtih, na katere bi lahko iskala odgovore v magistrskem delu.

7 UPORABLJENA LITERATURA

Andolšek-Jeras, L., (1989), Neplodnost včeraj in jutri. V Meden –Vrtovec H. s sodelavci, *Neplodnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 363–367.

Allahbadia, G., N. (2013), *IVF in developing economies and low resource countries: an overview*. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 63, 5:291–294. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798433/> (pridobljeno: 2. 2. 2016).

Bercko, Z., (2010), *Družbeni vidik neplodnosti*. Magistrsko delo. UL, Fakulteta za družbene vede.

Bregar, S., (2012), *Oploditev z biomedicinsko pomočjo- med stisko in upanjem*. Diplomsko delo. UL, Fakulteta za socialno delo.

Bregar, S., (2015), *Stiska zaradi neplodnosti in postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo v globalni perspektivi*. Socialno delo, l. 54, št.5, 281–294.

Brajša, P., (1987), *Očetje, kje ste? Mit in resnica o materinstvu*. Ljubljana: Delavska enotnost

Brigham, K., B., Cadier, B., Chevreul, K. (2013), *The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization*. Human reproduction, 28,3:666-675. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223400> (pridobljeno: 2. 2. 2016).

Boivin, J., Appleton, T.C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniëls, K.R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T., Kentenich H. (2001), *Guidelines for counselling in infertility: outline version*. Human Reproduction, 16,6:1301-1304. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournalist.org/content/16/6/1301.full.pdf+html> (pridobljeno: 5. 2. 2016).

Bürger, M., Tul, N., Velikonja, V. (1995), *Osebnostne lastnosti parov z zmanjšano plodnostjo*. Ljubljana: Psihološka obzorja, letnik 4, številka 4, str. 5–18.

Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna, Zdravstveni zavod Dravljje. Dostopno na: <http://www.neplodnost.com/kjenasnajdete.html> (pridobljeno: 15. 1. 2016).

Condit, C.M., (1996), *Media Bias for Reproductive Technologies: Evaluating Women's Health Messages*. A resource book. London: Sage Publications.

Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Čačinovič Vogrinčič, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Čačinovič Vogrinčič, G., Milošević Arnold, V., Poštrak, M., Stefanovski, P., Urek, M., (2011), *Zapisovanje v delovnem odnosu v Zapisovati socialno delo*, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 27-40.

Černič Istenič, M. (1994), *Rodnost v Sloveniji*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Černič Istenič, M. (1996), *Ženske so lahko samo številke- Rodnost v Sloveniji v osemdesetih letih*, v Bogovič L. & Skušek Z. (ur.) *Spol. Ž.* Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis-ISH, str.130-145.

Černič Istenič, M. (1998), *Proces oblikovanja družine v Sloveniji*. Družboslovne razprave, letnik XIV, št. 27/28, str. 157–189.

Dolinšek, P. (2019), *Reproduktivna medicina in socialno delo*. Diplomsko delo. UL, Fakulteta za socialno delo.

Društvo Živa, Društvo za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti, Živa portal-informiranje ter izmenjava izkušenj o neplodnosti. Dostopno na:

<http://www.neplodnost.info/ziva/portal/index.php?topic=drustva> (pridobljeno: 10. 12. 2015).

Doyal, L., (1987), *Infertility – a Life Sentence? Women and the National Health Service*. Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine, str. 174-190. Oxford: Polity Press.

Eržen, I., Klemenčič, S., Koser, S., Ličer, Z., Tičar, Z., Svetina, S., Širaj Mažgon K., Urek, M., (2009), *Opredelitev normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti*. Neobjavljeno besedilo.

Eržen, I., (2012), *Socialno delo v zdravstveni dejavnosti: Standardi in normativi*. Socialno delo, letnik 51, št. 1/3, str. 15-26, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Eržen, I., Grebenc, V., Klemenčič, S., Mali, J., Muhič, S., Stevanovič, J., Svetina Apat, S., Urek, M., Zajdela, B., (2013), *Strategija socialnega dela v zdravstveni dejavnosti*. Neobjavljeno besedilo.

ESHRE (2014), *ART fact sheet*. Dostopno na: <http://www.eshre.eu/guidelines-and-legal/art-fact-sheet.aspx> (pridobljeno: 5. 2. 2016).

Farquahar, D., (1996), *The other Machine. Discourse and Reproductive Tehnologies*. New York&London: Routledge.

Fekonja, S., (2009), *Informiranost partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo*. Diplomsko delo. UL, Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., (2001), *Intervju kot umetnost spoznavanja: Etnometodološke beležke o tem, kako strokovnjaki spoznavajo uporabnike*. Socilano delo, letnik 40, št. 2/4, str. 77–103. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Forsythe, S., (2009), *Social Stigma and the Medicalisation of Infertility*. Journal of the Manitoba Antropology Students' Association, 28, 22–36. Dostopno na: <http://umanitoba.ca/publications/openjournal/index.php/mb-antro/article/view/23> (pridobljeno: 12. 4. 2016)

Grobevnik Velikonja, V., (2007), Psihološko svetovanje ob neplodnosti, v Vrtačnik Bokal, E., Jančar, N., (ur.) *Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti: IV. spominski sestanek akad.prof.dr. Lidije Andolšek-Jeras*. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, str. 102-107. Dostopno na: <https://issuu.com/reprodukcija/docs/as-iv-neplodnost-2007> (pridobljeno: 10. 3. 2016).

Greil, A. L., (1993), *Infertility: Social and Demographic Aspects*. Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives, str. 202-203. Phoenix: Oryx Press.

HCCH (2014), *A study of legal parentage and the issues arising from international surrogacy arrangements*. Dostopno na: https://assets.hcch.net/upload/wop/gap2014pd03c_en.pdf (pridobljeno: 5. 2. 2016).

Humer, Ž., Šori, I. (2016), *Očetje. Kratke zgodbe o sodobnem starševstvu*. Dostopno na: <http://www.mirovni-institut.si/wp-content/uploads/2015/10/ocetje-kratke-zgodbe-sodobno-starsevstvo.pdf>. (pridobljeno: 30.9.2016).

Inhorn, M., C., Patrizio, P. (2015), *Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century*. Human Reproduction Update, 0,0:1-16. (pridobljeno: 10. 2. 2016).

- Janežič, K., Zupančič Slavec, Z., Vrtačnik-Bokal, E., (2011), *Zunajtelesna oploditev-od zamisli do prvega otroka*. Ob Nobelovi nagradi 2010 za medicino s področja zunajtelesne oploditve. Zdravniški vestnik, letnik 80, št. 9, str. 710–718.
- Katekizem Katoliške cerkve, točki 455 in 456, Dostopno na:
http://razkrizje.zupnija.info/?id_strani=1254 (pridobljeno: 10. 4. 2016).
- Kerševan Smokvina, T., (2007), *Medicinski diskurzi o materinstvu: Primer porodne bolečine*. Magistrsko delo. UL, Fakulteta za družbene vede.
- Keržan, D., (2008), *Spočetje novih oblik sorodstva*. Novo mesto: Goga.
- Kocmur, H. (2008), *Oploditev z darovanimi spolnimi celicami: Iz darovanih semenčic štiriinosemdeset slovenskih otrok*. Nedelo, 7. 12. 2008, str. 18–19. Dostopno na:
<http://www.neplodnost.info/forum/viewtopic.php?t=6508&sid=b27ced0fc0add5acc44b28eb993ecf1>. (pridobljeno: 15. 2. 2016).
- Kuebler, H. D., (1986), *Kompakcije: Kako kompjuteri mijenjaju socialne odnose?* Marksizam u svetu 13, 6/7, 96-104.
- Legge, M., Fitzgerald, R., Frank, N. (2007), *A retrospective study of New Zealand case law involving assisted reproduction technology and the social recognition of 'new' family*. Human Reproduction, 22, 1:17–25. Dostopno na:
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/1/17.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2> (pridobljeno: 15. 2. 2016).
- Leskošek, V., (2002), *Zavrnjena tradicija: Ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940*. Ljubljana: Založba/cf*
- Ličer, Z., (2005), *Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk*. Socialno delo, 44, št.6, str. 377–385, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Ličer, Z., (2012), *Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo*. Socialno delo, 51, št.1/3, str. 5–64, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mamo, L., (2007), *Queering Reproduction. Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*. Durkham: duke University Press.
- Meden –Vrtovec H. s sodelavci, ur. L. Zlobec, J., (1989), *Neplodnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Mesec, B., (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mesec, B., (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2 (skripta)*, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, (druga izdaja).

Mesec, B., (2009), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1 (skripta): Načrtovanje raziskave*, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milošević Arnold, V., (1989), *Socialno delo*. Ljubljana: Samozaložba.

Milošević Arnold, V., Postrak, M., (2003), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: študentska založba.

MMC RTV SLO (2013): Na današnji dan, 25. julij: *Rojstvo prvega otroka iz epruvete*. Dostopno na: <http://www.rtv slo.si/na-danasnji-dan/25-julij-rojstvo-prvega-otroka-iz-epruvete/235402> (pridobljeno: 15. 1. 2016).

Neplodnost. net. Dostopno na: <http://neplodnost.net/> (pridobljeno: 15. 2. 2016).

Oakley, A., (2000), *Gospodinja*. Ljubljana: Založba/*cf.

Oddaja Odmevi, Televizija Slovenija 1, (2013), *30-letnica zunajtelesnih oploditev*. 16.5.2013 ob 22h.

Ograjenšek, Z., (1989), *Umetna osemenitev*. V Meden –Vrtovec H. s sodelavci, Neplodnost. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 363–367.

Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G., Devroey, P., (2008), *Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries*. Human Reproduction update, 14, 6:605-621. Dostopno na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/14/6/605.full.pdf+html?sid=7b2a05ab-6c8c-4f59-b47c-35bc100145cd> (pridobljeno: 15. 2. 2016).

Pfeffer, N. (1987). *Artificial Insemination, In-vitro Fertilization and the Stigma of Infertility*. Reproductive technologies. Gender, Motherhood and Medicine, ur. Michell Stanworth. 81-97, Oxford: Polity Press.

Poročilo raziskave o socialnem delu v zdravstveni dejavnosti (2008), neobjavljeno besedilo.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014, ZZZS (2014).

64/07 Dostopno na:

<http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/9B52139ED62405F7C1257DFD00573AF8?OpenDocument> (pridobljeno: 13.2.2016).

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ZZZS, (2014), Ur.l. RS, št. 30/03 in 35/03 – popr. Dostopno na:

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/5580D0555F5A1FEAC1256CFB003BB45C?OpenDocument> (pridobljeno: 5. 2. 2016).

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, (1995), Uradni list RS,

št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl.

US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 –

popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 –

popr., , 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl.

US, 25/14 in 85/14.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014. (2015),

Dostopno na:

<http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/9B52139ED62405F7C1257DFD00573AF8?OpenDocument> (pridobljeno: 13. 2. 2016).

Puhar, A., (1982), *Prvotno besedilo življenja: Oris zgodovine otroštva na Slovenskem v 19. stoletju*. Zagreb TOZD GLOBUS, Ljubljana ČGP DELO.

Rajgelj, U., (2008), *Med samouresničitvijo in družbenimi pričakovanji: Odnos univerzitetno izobraženih do rodnosti*. Ljubljana: Založba ZRC.

Rape Žiberna, T., Rihter, L. (2012), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I:*

Načrtovanje raziskave z osnovami informatike (gradivo za vaje). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Renner, T., Sedmak, M., Švab, A., Urek, M. (2006). *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*.

Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, založba Annales.

Repinc, B. (2000). *Neploidnost kot državno blago*. Delta, let. 7, št. 1–2. Dostopno na:

<http://www.psihoterapevt.si/clanki/delta.pdf> (pridobljeno: 17. 2. 2016)

- Reš, P., Joksimovič, Č., Reš, Ž., Reš-Muravec, U., (2007), *Moška neplodnost in OBMP v Vrtačnik-Bokal, E. & Jančar, N., Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti, IV. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidijske Andolšek-Jeras. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, str. 79-83. Dostopno na: <https://issuu.com/reprodukcija/docs/as-iv-neplodnost-2007>, (pridobljeno: 15. 2. 2016).*
- Rode, N., (2013/2014), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II: Kvalitativne raziskave (skripta)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Sobočan, A. M., (2009), *Istospolne družine v Sloveniji*. Socialno delo; 1-3(48): str. 65–86.
- Sorenson, C. (2006), ART in the European Union. Euro Observer: *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 8, 4:1-4. Dostopno na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/80371/EuroObserver8_4.pdf (pridobljeno: 15. 2. 2016).
- Sperling, D. (2010), *Commanding the 'be fruitful and multiply' directive: reproductive ethics, law and policy in Israel*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 19:363–371. Dostopno na: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1625699 (pridobljeno: 13. 2. 2016).
- Statistični urad RS (2014), *Svetovni dan prebivalstva*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=6376> (pridobljeno: 15. 2. 2016).
- SSKJ 2, Slovar slovenskega knjižnega jezika, (2015), 2. dopolnjena in deloma prenovljena izd., 1. ponatis, Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, Ljubljana : Cankarjeva založba.
- Švab, A., (2001), *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Štular, S., (1999), *Miti materinstva*. Magistrsko delo. UL: Fakulteta za družbene vede.
- Tekač, I., (2007). *50 let načrtovanja družine v Mariboru*. Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Tivadar, B., (1996), *Medicinski govor o ženski*, v Bogovič L. & Skušek Z. (ur.) Spol:Ž. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis- ISH, str.68-98.

Urek, M., Čačinovič Vogrinčič, G., Milošević Arnold, V., Postrak, M., Stefanovski, P., (2011), *Uvod v Zapisovati socialno delo*, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 6–22.

UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo. Dostopno na: <http://www.ukc-mb.si/ivf/>. (pridobljeno: 15. 1. 2016).

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/>. (pridobljeno: 15. 1. 2016).

UKC Ljubljana (2016), Poročilo delovnega procesa socialne službe UKC Ljubljana za leto 2015.

UKC Ljubljana, Svetovalno socialna služba. Dostopno na: http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/ginekoloska_klinika/svetovalno_socialna_sluzba_ginekoloske_klinike, (pridobljeno: 2. 2. 2016)

Ule, M., Kuhar, M., (2003), *Mladi, družina, starševstvo: Spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za socialno psihologijo.

Urek, M., (2005), *Zgodbe na delu: Pripovedovanje, zapisovanje in poročanje v socialnem delu*. Ljubljana: Založba/*cf.

Urh, Š., (2009), *Nove tehnologije- stare ideologije oploditev z biomedicinsko pomočjo*. Socialno delo letnik 48, št.1/3: str. 111-121, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Ustava Republike Slovenije, (1991), Uradni list RS, št. 33/1991.

Virant-Klun, I., Meden-Vrtovec, H., Tomaževič, T. (2002), *Od nastanka gamet do rojstva: oploditev z biomedicinsko pomočjo: teoretični in slikovni prikaz nastanka gamet, zgradbe gamet in tehnik oploditve z biomedicinsko pomočjo*. Radovljica: Didakta.

Vlaisavljević, V. (2006), *Zdravstveno-ekonomski vidiki zdravljenja*. Isis-glasilo zdravniške zbornice Slovenije, št. 1, str.34-41.

West, Z., (2003), *Fertility and conception: the complete guide to getting pregnant*. Dorling Kinedersley, London.

WHO, World health organization (2015). *Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology*. Dostopno na:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>. (pridobljeno: 15. 2. 2016).

Wikipedija, Prosta enciklopedija, Dostopno na:

https://sl.wikipedia.org/wiki/Istospolna_zakonska_zveza. (pridobljeno: 30. 9. 2016).

Zagorc, S. (2015), *Kaj pa vidva čakata?!: Zgodba para, ki ga odločitev za otroka pelje od uradne preko alternativne medicine vse do osebne preobrazbe*. Ljubljana: Umco.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (2004), Ur. l. RS, št. 69/2004 (ZZZDR-UPB1). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200469&stevilka=3093> (pridobljeno: 15. 3. 2016).

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000), Ur. l. RS, št. 70/2000 (ZZNPOB). Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=27087> (pridobljeno: 15.2.2016).

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, ZZUUP, (2000), Uradni list SRS, št. 11/77, 42/86 in Uradni list RS, št. 70/00-ZZNPOB.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ZZVZZ, (1992), Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT.

Zakon o pacientovih pravicah, ZPacP, Uradni list RS, št. 15/2008.

Zaviršek, D., Leskošek, V., Urek, M., Urh, Š., Sobočan, A.M., Mastnak, T., Goričan, B., Rezar, I., Klun, M., Jeseničnik, N., (2008), *Socialno starševstvo kot ključni vidik sodobnih družinskih politik: Končno poročilo o opravljenem projektu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, D., (2009), *Med krvjo in skrbjo: Socialno starševstvo kot širitev koncepta v današnjem svetu*. Socialno delo; letnik 48, št. 1/3: str. 3-16, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, D., (2012), *Reproduktivna medicina in socialno delo: Med moderno tehnologijo in etičnimi dilemami*. Socialno delo; letnik 51, št. 1/3: str. 39-54, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, D., (2013), *Folikli, transferji, zamrznjenčki: Reproduktivne izbire in nove etične dileme*. ANNALES Series Historia et sociologia, 23, 2:377-388. Dostopno na: <http://zdjp.si/wp-content/uploads/2014/02/zavirsek.pdf>. (pridobljeno: 11. 2. 2016).

Zavod Med.over.net, Dostopno na: http://zavod.over.net/neplodnost_bom_kdaj_mama_oce/ (pridobljeno: 24. 3. 2016)

8 PRILOGE

8.1 Priloga 1: Slovar izrazov

Neplodnost: »O neplodnosti govorimo, ko pri paru tudi po enem letu rednih in nezaščitene spolnih odnosov ne pride do zanositve« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

Primarna neplodnost: »Ko pri paru še ni prišlo do zanositve« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Sekundarna neplodnost: »Ko je par v preteklosti že zanosil, sedaj pa do zanositve ne pride« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Idiopatska ali nepojasnjena neplodnost: »O nepojasneni neplodnosti govorimo, če ima moški normalen izvid semenskega izliva, ženska pa potrjene ovulacije, ohranjene jajcevode, pravilno oblikovano maternično votlino in normalno rezervo jajčnika« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

Zdravljenje neplodnosti: »Neplodnost se zdravi z zdravili (hormonsko), operativnimi posegi in postopki OBMP« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP): »Postopki OBMP so postopki oploditve ženske, ki se s pomočjo biomedicinske znanosti izvajajo z namenom zanositve na drug način kot s spolnim odnosom (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih OBMP, 2000). »Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo so metode, s katerimi se nadzoruje in pomaga, ne samo pri oploditvi jajčne celice, ampak tudi pri prenosu spolnih celic, ugnezditvi in razvoju nosečnosti« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Zunajtelesna oploditev: »Je temeljna metoda oploditve z biomedicinsko pomočjo, s katero se zaobide jajcevode, moške in ženske spolne celice pa se združujejo zunaj telesa. Opravi se tedaj, ko so izčrpane vse ostale možnosti zdravljenja neplodnosti, oziroma ko operativno, zdravljenje z zdravili ali kombinirano zdravljenje ni možno ali ni uspešno« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Umetna oploditev z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami: »Se izvaja pri tistih maloštevilnih neplodnih parih, pri katerih zaradi bolezni moškega ali ženske z nobenim postopkom ni mogoče pridobiti semenskih ali jajčnih celic, ali pa sta partnerja nosilca hudih dednih bolezni« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Med postopki OBMP ločimo:

IUI: »Postopek imenujemo intrauterina inseminacija, je znotrajtelesna oploditev, pri kateri se ob potrjeni ovulaciji v maternično votlino s katetrom prenesejo oprane gibljive semenčice moškega« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

IVF: »Je klasični postopek zunajtelesne umetne oploditve, pri kateri se opravi združitve jajčnih celic s semenčicami zunaj telesa ženske in tako nastale zarodke se prenese v maternico« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

ICSI: »Je neposreden vnos semenčice v citoplazmo jajčne celice. Izvaja se pod posebnim mikroskopom. ICSI se najpogosteje izvaja pri premagovanju moške neplodnosti, takrat ko je semenčic premalo oziroma ko niso dovolj gibljive ali niso pravilno oblikovane« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

IMSI: »Je najnovejša metoda, ki strokovnjakom omogoča, da pred izvedbo metode ICSI pogledajo glave spermijev pri večji, 6000-kratni povečavi. Je neposreden vnos izbranega spermija v jajčno celico. Gre za metodo, ki je trenutno še v raziskavi, vendar strokovnjaki domnevajo, da bo izboljšala klinične rezultate metode ICSI pri najtežjih oblikah moške neplodnosti« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Prenos zarodkov: »Zarodki se prenašajo v maternico drugi, tretji ali peti dan po aspiraciji foliklov. Koliko zarodkov se prenese, je odvisno od številnih dejavnikov (kakovost in število pridobljenih zarodkov, starost žene, število neuspešnih postopkov) in določeno po strokovnih kriterijih Kliničnega oddelka za reprodukcijo. V maternico se prenese največ dva zarodka hkrati« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Aspiracija foliklov: »Je postopek, s katerim se pridobijo jajčne celice, ki so dozorele v foliklih« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Folikel: » Je mehurček v jajčniku, v katerem raste in se razvija jajčna celica« (Virant-Klun et al. 2002:223).

Punkcija: »Punkcija ovarijev je manjši kirurški poseg, s katerim pridobimo jajčne celice za oploditev v laboratoriju. S pomočjo ultrazvoka in dolge igle se prebode steno vagine in tako omogoči dostop do jajčnikov ter posrka folikularno tekočino, ki vsebuje jajčeca. (Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna, Zdravstveni zavod Dravlje, 2016). »Zdravnik s pomočjo ultrazvočne sonde in s tanko iglo pod nadzorom ultrazvoka aspirira (»izprazni«) čim več foliklov v vsakem jajčniku. Epruvete, napolnjene s tekočino iz foliklov, se sproti odnašajo v laboratorij, ki je neposredno ob operacijski sobi« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Stop injekcija: » Z injeciranjem se konča zorenje foliklov in sproži ovulacija, približno 36 ur po injekciji hCG«. (Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna, Zdravstveni zavod Dravlje, 2016). »S »stop« injekcijo se sproži ovulacija«. (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Transfer- prenos zarodkov: »Preko tankega katetra, ki ga zdravnik vstavi v maternico, se preneseta en ali dva zarodka.« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Zamrzovanje zarodkov: »V postopkih zunajtelesne oploditve se v večini primerov ustvari več zarodkov, kot se jih prenese v maternico. Ta način omogoča izbiro najboljših zarodkov za prenos, preostali kakovostni zarodki se zamrznejo in shranijo«. (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo). »Zarodki se hranijo v banki zarodkov v posebnih termično izoliranih posodah. Shranjeni so v točno določenem zaporedju v posebnih tulcih, ki so natančno označeni. Vsi ti podatki so vpisani v knjigi in v računalniku, tako da se lahko kadarkoli najde katerikoli shranjen zarodek«. (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Kriobanka: »V kriobanki se shranjujejo zarodki, ki po postopkih zunajtelesne oploditve niso bili preneseni v maternično votlino pa tudi spolne celice moških in žensk, ki zaradi resnih bolezni potrebujejo zdravljenje s škodljivimi posledicami za njihovo reproduktivno sposobnost (kemoterapija, obsevanje, kirurški poseg). Pri bolnicah brez partnerja se svetuje zamrzovanje jajčnih celic«. (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo)

Endometrioza: »Je bolezen, pri kateri pride do pojava sluznici maternice podobnega tkiva izven maternice. Težave, ki se pojavljajo pri endometriozi, so: kronične bolečine v spodnjem delu trebuha, boleče menstruacije, boleči spolni odnosi in neplodnost« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Laparoskopija: »Laparoskopija je metoda, pri kateri se s pomočjo posebne kamere (laparoskop) pregleda notranjost trebušne votline, še posebej natančno rodil: . maternico, jajcevode, jajčnike in ostale bližnje strukture. Pri neplodni ženski se preveri prehodnost jajcevodov z barvilom metilenskim modrilom, ki se vbrizga skozi kanal materničnega vratu. Če se ugotovijo nepravilnosti (npr. miome na maternici, ciste na jajčniku, endometrioza, neprehodne jajcevode...), se z operativnimi laparoskopskimi tehnikami odpravijo« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Histeroskopija: »Je metoda, pri kateri se s pomočjo tanke kamere (histeroskop) pregleda notranjost maternice skozi maternični vrat. Če se ob tem ugotovijo nepravilnosti (pregrada maternične votline, miom, polip, zarastline, nepravilne krvavitve...), se lahko z operativnimi histeroskopskimi metodami odpravijo. Velikokrat se združi histeroskopija z laparoskopijo« (UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo).

Hiperstimulacija: »Nastane zaradi prekomerne odzivnosti na spodbujanje rasti foliklov. Težave, kot so bolečine oziroma napetost v trebuhu, težko dihanje, slabost, hitra pridobitev telesne teže in povečan obseg trebuha, se pojavijo po stop injekciji in trajajo 1–2 tedna. V primeru zanositve se težave stopnjujejo in trajajo še nekaj tednov« (UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo).

8.2 Priloga 2: Teme in (okvirna) vprašanja za intervjuje za uporabnice z izkušnjo zdravljenja (ne)plodnosti v postopku OBMP

NEPLODNOST

- Kako se je pri vas vse začelo? Kako ste izvedeli, da boste potrebovali pomoč pri zanositvi? Kako ste se takrat počutili? Kako ste se soočili s težavo? Kdo vam je ob tem pomagal? Kako?
- Koliko časa se spopadate z zmanjšano (ne)plodnostjo?
- Kakšni naj bi bili vzroki?
- Ko ste izvedeli za neplodnost in da bo težko ali nemogoče zanositi brez medicinske pomoči- kakšne so bile vaše strategije reševanja problema? Kdo vam je pomagal?
- Na podlagi česa ste se odločili za ustanovo, strokovnjake, kjer ste se zdravili?
- Kje ste iskali informacije (forumi, knjige, osebne zgodbe)? Vam je kdo ob tem pomagal?

PRAVICA DO REPRODUKCIJE- ZAKON O ZDRAVLJENJU NEPLODNOSTI IN POSTOPKIH OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

- Ali poznate svoje pravice v postopku zdravljenja neplodnosti- mi jih lahko naštejete, da vidim, če jaz vse poznam?
- DA-Kdo vas je z njimi seznanil?

IZKUŠNJA S POSTOPKOM

- Lahko opišete potek, svojo izkušnjo za postopek zdravljenja neplodnosti?
- Kako se je vaše zdravljenje začelo? Kaj se je dogajalo na prvem srečanju? Kaj je sledilo? Kako ste se takrat počutili?
- Kaj/Kdo vama je predlagal (v zvezi s postopkom)?
- Vas je kdo opozoril na morebitne nevarnosti v zvezi s postopkom? DA- Kdo? Katere?
- Kako ste si pomagali med procesom ali ko ste čakali na postopek? Kaj ste takrat doživljali, kako ste se počutili?
- Kateri del zdravljenja je bil za vas najbolj obremenjujoč?

- Kaj pozitivnega/negativnega vam je najbolj ostalo v spominu na postopek? Poskusite opisati z eno besedo- prva asociacija?
- Kako ste se soočili z izgubo, negativnim rezultatom?
- Kako ste se počutili ob misli, da morebiti ne boste mogli roditi svojega otroka?
- Ste kdaj pomislili na možnosti posvojitve, v primeru neuspešnega postopka?

SODELOVANJE S STROKOVNJAKI:

- S katerimi strokovnjaki ste sodelovali v času postopka? Kako bi na kratko opisali njihove vloge? Kakšna je bila vaša izkušnja s strokovno pomočjo?
- Kaj so vama svetovali strokovnjaki pred/med/po postopku?
- Kako je potekal pogovor na konziliju? Kdo je bil udeležen?
- Kakšna je bila vajina vloga s partnerjem pri pogovoru/dogovoru o postopku? (sta lahko kaj vprašala? Se vam je zdelo bolj kot pogovor/posvetovanje med vsemi udeleženci, vključno vama, ali bolj kot predstavitev s strani zdravnikov)?
- Kako ocenjujete vlogo, delo SD? DA- Kdaj ste se z njo srečali? Kakšno je bilo vaše sodelovanje? Ste kaj pogrešali?
- Kako ste bili zadovoljni z osebjem? Kako s socialnim svetovanjem?
- Ali menite, da ste dobili zadostno podporo strokovnjakov?
- Ste kdaj razmišljali, vam je kdo predlagal podporo oz./pogovor s psihologinjo zaradi primera neplodnosti, neuspešnega poskusa?

PARTNERSKI ODNOS

- Kako pa je vaša izkušnja z zdravljenjem neplodnosti vplivala na vajin odnos?
- (konflikti, komunikacija, spolnost...)?
- Na katerih področjih partnerskega odnosa ste zaznali ali doživljali največ težav?
- Včasih je mogoče zaznati (v literaturi piše- kaj vi menite?), da se partnerji tudi obsojajo zaradi neuspehov. Kako je bilo pri vama? Kako sta zmoгла to v? Kako sta takrat reševala težave?
- Je potekal pogovor kdaj o drugih možnostih?
- Kako ocenjujete partnerski odnos- pred/med/po postopku?

- DA- Kaj bi svetovali drugim parom pri spopadanju s tem, kakšna je bila vaša strategija?!
- Ste se s partnerjem pogovarjali o svojih občutkih, doživljanju?
- Kako ste vi videli partnerja v času zdravljenja- kaj je doživljal, kako se je odzival, soočal s problemom, kako sta ga/jih reševala?
- Kako bi ocenili- ali je izkušnja na vajin odnos vplivala pozitivno/negativno? Zakaj?

SOCIALNA MREŽA

- Ste se s kom (poleg partnerja) pogovarjali o težavah z neplodnostjo?
- Kako se soočate z vprašanji sorodnikov, prijateljev, znancev na temo neplodnosti, zanositve s postopkom OBMP?
- Katera so bila njihova najpogostejša vprašanja?
- Kakšni so bili njihovi odzivi?
- Ste imeli občutek, da se je kaj spremenilo v vašem odnosu, odkar ste povedali za te težave?
- Ste bili kdaj v dvomih, da bi jim zaupali, da ste zanosili s pomočjo postopka OBMP?
- Ali menite, da ste prejeli v času postopka dovolj podpore? Kdo vam jo je najpogosteje nudil? Ste podporo od koga pogrešali?

NOSEČNOST in OTROK

- Kako so vam sporočili novico o uspehu/neuspehu? Kako ste se ob tem počutili?
- Komu in na kakšen način ste sporočili novico, da ste noseči?
- Kakšne posebnosti (več plodna nosečnost-dvojčki, spontani splav)?
- Kako ste doživljali nosečnost?
- Bi/boste otroku povedali, da je bil spočet s pomočjo postopka OBMP? Kdaj? Na kakšen način?
- Se vam zdi to pomembno?
- Kakšen bi po vašem mnenju lahko bil otrokov odziv?

SLUŽBA

- Kako ste zdravljenje usklajevali z delom/službo? Ste kaj spremenili, prilagodili?

DRUŽBA

- Kaj menite, kako družba vidi, ocenjuje, si razlaga neplodnost?
- Kakšne so vaše izkušnje?
- Ste se morali kdaj soočiti z neprimernimi komentarji, marginalizacijo? Kako ste se ob tem počutili, kaj ste doživljali, občutili? Kako ste se soočili s tem?
- Kaj menite, kaj večina posameznikov misli o otrocih, spočetih z biomedicinsko pomočjo in tovrstnih družinah? Imate osebno izkušnjo?

PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE, SPREMEMBE:

- Kako ocenjujete, kako vidite pomanjkljivosti v postopku?
- S čim ste se največkrat soočali, spopadali?
- Kaj vas je največkrat/najbolj obremenjevalo?
- Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje?
- Kaj vam je bilo všeč? Kaj se vam je zdelo strokovno dobro?

MIT, STEREOTIP, PREDSONDEK

- Kaj menite o prepričanju- Vsaka ženska mora biti mati?
- Kaj menite o možnostih zanositve z OBMP za samske matere in homoseksualne pare?
- Ali menite, da je neplodnost danes družbeni pojav ali da je še vedno tabu tema?

DANES

- Kaj od tega, kar se vam je pripetilo v postopku OBMP je za vas pomembno danes?
- Ste tekom izkušenj doživeli pozitivno izkušnjo v zvezi s problematiko?
- Ste se naučili, pridobili kaj smiselnega, uporabnega, česar morda v življenju ne bi doživeli? Opišite!

DEMOGRAFSKI PODATKI:

- spol (ž), starost (vaša/partnerjeva) , izobrazba, status: zakonska zveza/zunajzakonska skupnost
- Oploditev: s partnerjevo ali darovano spolno celico
- Kdaj? Kje-ustanova?
- Ste menjali OBMP center? DA- vzrok?
- Zdravljenje v tujini?
- trajanje posameznega postopka
- Število poskusov/postopkov- uspešnost/neuspešnost postopkov
- Število rojenih otrok (in s postopkom OBMP)

8.3 Priloga 3: Vprašalnik za strokovnjaka (ginekologa/ginekologinjo) na kliniki za reprodukcijo

Spoštovani!

Na Fakulteti za socialno delo v Ljubljani pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Med željami in možnostmi v postopku OBMP. V njej želim orisati pogled in pristop strokovnjakov na ginekoloških klinikah ter doživljanje uporabnic, ki imajo osebne izkušnje z zdravljenjem v postopku zaradi zmanjšane plodnosti ali neplodnosti. V večji meri me zanima tudi vloga socialnega delavca, delavke v postopku ter način komuniciranja z uporabniki zdravstvenih storitev.

Menim, da je družboslovna obravnava problematike povsem zapostavljena in ker novjših statističnih, javno objavljenih podatkov, ki jih potrebujem za obravnavo teme skorajda ni, vas prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja:

- Koliko parov se trenutno sooča s problemom oz. ima težave z neplodnostjo?
- Kako trenutno ocenjujejo, kateri so najpogostejši vzroki za neplodnost (zmanjšano plodnost)?
- Kako definirate, kateri pari veljajo za neploden par?
- Kateri je v zadnjem letu najpogostejše izvajani postopek oploditve z biomed. pomočjo v vaši kliniki?
- Kako ocenjujete uspešnost/neuspešnost posameznih postopkov (v procentih, št. parov)?
- Koliko postopkov OBMP izvedete (povprečno) na leto?
- Podatek, koliko otrok se je od prve oploditve do danes rodilo s postopkom OBMP v vaši kliniki?
- Ali se pri vas zdravijo tudi pacientke iz tujine?
- Kakšne izkušnje imate z več plodnimi nosečnostmi, zaradi postopka OBMP?
- Kdo financira postopke?
- Kakšno vlogo ima socialna delavka pri postopku- ali je vključena v proces, in sicer v katere dele procesa, kaj je njena vloga?
- Na kakšen način komunicirate s parom pred/med/po postopku?
- Kaj svetujete parom, ki so v postopku neuspešni?
- Kakšna je čakalna doba v vaši kliniki za postopek zdravljenja neplodnosti oziroma zmanjšane plodnosti?

8.4 Priloga 4: Vprašalnik za socialnega delavca/ delavko na kliniki za reprodukcijo

Spoštovani!

Na Fakulteti za socialno delo v Ljubljani pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Med željami in možnostmi v postopku OBMP. V njej želim orisati pogled in pristop strokovnjakov na ginekoloških klinikah ter doživljanje uporabnic, ki imajo osebne izkušnje z zdravljenjem v postopku zaradi zmanjšane plodnosti ali neplodnosti. V večji meri me zanima tudi vloga socialnega delavca, delavke v postopku ter način komuniciranja z uporabniki zdravstvenih storitev.

Menim, da je družboslovna obravnava problematike povsem zapostavljena in ker podatkov, ki jih potrebujem za obravnavo teme skorajda ni, vas prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja:

- Kakšno vlogo imate kot SD pri postopku- ali ste vključeni v proces in sicer v katere dele procesa?
- Kdaj in na kakšen način ste vključeni v postopku OBMP?
- Kakšna je vaša vloga?
- Na kakšen način komunicirate s parom pred/med/po postopku?
- Ali so pari deležni psihološke pomoči, storitev (psihosocialno svetovanje neplodnemu paru) v primeru (ne)uspešnega postopka? Kdo jim nudi to storitev?
- Kaj svetujete parom, če so v postopku uspešni/neuspešni?

8.5 Priloga 5: Moja osebna izkušnja z zdravljenjem v postopku OBMP

Zanositev je zame pomenila nekaj samoumevnega, spontanega, sploh iz razlogov, ker sem s prvim otrokom zanosila spontano, brez posebnosti. Ko pa sva s partnerjem načrtovala drugo nosečnost, sva zaradi mojih ginekoloških težav (miomi, ciste, polipi idr.) naletela na veliko problemov, ki jih nisva pričakovala. Zaradi ginekoloških težav in posega (laparoskopija, histeroskopija), so mi zdravniki/ginekologi svetovali zanositev oziroma oploditev z biomedicinsko pomočjo. Po rednih ginekoloških pregledih in ob zavedanju, da v enem letu nezaščitene spolne odnose še vedno nisem mogla zanositi, naju je z možem moja osebna ginekologinja napotila na pregled k enemu izmed ginekologov, ki zdravijo zmanjšano plodnost, na kliniko za reprodukcijo v Ljubljani. Ob spoznanju, da imam težave z neplodnostjo, sem doživela pretres, šok, počutila sem se nemočno, prestrašeno. Klinika, ki sva jo izbrala, je bila najina prosta izbira, lahko bi se odločila tudi za zdravljenje v tujini. Izbrala sva Ljubljano zgolj iz razlogov, saj sem pridobila informacije, da so v kliniki v Ljubljani prvi, ki so začeli z umetnimi oploditvami in sem predvidevala, da so tudi strokovnjaki najbolj usposobljeni.

Ko sem prvič prišla v kliniko, sem bila zelo presenečena, saj nisem pričakovala tako velikega števila posameznic in parov, ki so čakali v čakalnici. Nikoli prej si ne bi mislila, da je neplodnost tako zelo razširjena pri nas. Bila sem presenečena tudi zato, ker so bili posamezniki/posameznice v povprečju stari/stare manj kot 40 let.

Z nekaterimi posameznicami sem mnenja in informacije izmenjavala že tam, medtem, ko smo čakale na preglede, preiskave, na ultrazvok... Izkušnje so bile zelo različne, a iz vsake sem se nekaj naučila. Predvsem sem iz vsake poskušala potegniti tisto pozitivno, kar me je še dodatno motiviralo in spodbudilo k temu, da bo postopek oploditve uspešen.

Najprej sem opravila ginekološki pregled in kar nekaj preiskav (krvne preiskave za spolno prenosljive bolezni), obenem pa je partner oddal tudi seme, da so preverili gibljivost in kvaliteto spermijev. Njegovi izvidi so bili super, moji pa kljub operaciji niso bili najboljši, a kljub vsemu je bila ginekologinja mnenja, da to ne bi smelo vplivati na zanositev. Nikoli ni nihče jasno povedal, kaj naj bi bili vzroki, zaradi česar nisem mogla zanositi. Ker niso želeli tvegati, v kolikor bi se moje zdravstveno stanje ponovno poslabšalo, so mi svetovali, da se s partnerjem takoj vključiva v postopek umetne oploditve.

Še preden sva se s partnerjem vključila v postopek OBMP sva bila povabljena na konzilij – pogovor z ginekologinjo, pravnico in socialno delavko. Moja izkušnja s sodelovanjem s socialno delavko na UKC Ljubljana je bila, da naju je s partnerjem opozorila na to, v kolikor

bova v vseh postopkih, ki nama po zakonu pripadajo, neuspešna, obstaja za naju tudi možnost, da otroka posvojiva. To so bile za naju informacije, ki jih v tistem trenutku nisva želela slišati, saj sva imela zelo močno željo po »lastnem, skupnem, najinem« otroku. Razumem, da je njena dolžnost, da uporabnike informira o pravicah, ki jih imajo, a preden sva se vključila v postopek, bi od strokovnjakov pričakovala, da bodo na pare delovali bolj motivirajoče, optimistično, spodbujajoče. Nihče naju ni seznanil o pravicah, ki izhajajo iz zakona (ZZNPOB) ali o morebitnih nevarnostih v postopku ali stranski učinkih zdravil. S partnerjem sva bila zgolj poslušalca, strokovnjaki pa so bili tisti, ki so posredovali informacije. Kar me je zanimalo, sem sproti vprašala ginekologe, s katerimi sem se srečevala v postopku. Bila sem razočarana, saj so bili njihovi odgovori zelo skopi, kratki, brez dodatnih pojasnil... zmotilo pa me je tudi to, da je moj postopek vodilo več oseb. Ves čas sem imela občutek, da nisem pomembna jaz - kot oseba, ampak samo podatki na izvidih in slika na ultrazvoku, na podlagi katere so se odločali za nadaljnji potek zdravljenja.

Prvič so poskusili z inseminacijo, a je bila zaradi neprehodnosti mojega materničnega vratu (miomi, polipi), neuspešna. Moj prvi stik na kliniki je bil z medicinsko sestro, ki je bila zelo pozitivna, prijetna, prijazna. Le-ta nama je posredovala vse podatke o naročanju in o tem, kako bodo pregledi in preiskave potekale. Oba s partnerjem sva podpisala papirje z osebnimi podatki, da sva seznanjena s potekom postopka... V kratkem sva se vključila v postopek IVF, dobila sem hormonske injekcije. Po mnogih ultrazvočnih pregledih so opravili punkcijo in transfer, ki se je zaključil uspešno, na moje in partnerjevo presenečenje, celo z dvojčki.

Moram omeniti, da sem v času, ko sem se zdravila v postopku OBMP doživljala neplodnost z različnimi občutki, večinoma so bili negativni: prepletali so se občutki jeze, prizadetosti, žalosti, krivde, bolečin, obupa in še kaj bi lahko naštela. Postopek je bil za naju s partnerjem zelo emocionalen, naporen, stresen, sama pa sem v času postopka trpela tudi fizične bolečine, ki so bile povezane z doziranjem hormonskih zdravil preko injekcij in s punkcijo. Zame osebno je bil psihično najbolj obremenjujoč čas po transferju, tistih 14 dni, ko sva s partnerjem čakala na rezultat nosečniškega testa in se bala morebitnega neuspeha.

Informacije sem sproti sama iskala na raznih forumih, izmenjavala sem mnenja tudi s prijateljicami, ki so same imele podobno izkušnjo. Informacije sem delila ali pridobivala tudi na spletu, kjer sem sklepala nova poznanstva z ljudmi, ki imajo/so imeli izkušnje z zdravljenjem v postopku OBMP. Njihove izkušnje in predlogi so mi bili v tistem času v pomoč, ko sem potrebovala potrditve in spodbude, da bo vse v redu. Z nekaterimi ohranjam stike še danes.

Ožjim prijateljem sem odkrito povedala za svoje težave, nikoli nisem imela zadržkov ali se bala njihovih odzivov. Moram reči, da so poslušali z razumevanjem in zanimanjem, me spodbujali in se skupaj z nama veselili vsake novice. Moram pripomniti, da edino, kar me je zmotilo, so bila vprašanja znancev, ki so me, ko je stekel pogovor na to, da pričakujem dvojčka, velikokrat vprašali po zanositvi: naravno ali umetno? Kot očitno se jim je zdelo to skoraj nemogoče, da bi bili dvojčki spočeti naravno. Staršev posebej nisem želela obremenjevati, so mi pa ves čas stali ob strani, me podpirali in bodrili.

Kljub temu, da s partnerjem zaradi neplodnosti nisva doživljala pritiskov, zasramovanj ali obsojanj posameznikov v družbi, pa tudi nisva bila deležna tolažbe ali psihološke pomoči zdravnikov ginekologov, socialnih delavcev ali drugih strokovnjakov, kot sva jo pričakovala. Še najbolj podporne so bile medicinske sestre.

S partnerjem sva si bila v času zdravljenja najboljša medsebojna podpora, menim, da naju je izkušnja celo zbližala. Odločila sva se, da poskusiva z zdravljenjem, v kolikor bi bila neuspešna, pa ne bova šla z glavo skozi zid, saj že imava enega otroka.

Kot sem že omenila, ima moja izkušnja z zdravljenjem neplodnosti srečen konec, saj sem julija 2015 rodila dvojčka, ki sta danes že enoletna malčka, ki vse člane naše družine dnevno razveseljujeta.